



# LAUREA

# Fyysinen liikkumisen rajoittaminen vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla hoitajien kuvaamana

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Pitkänen, Martina

2010 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

## Fyysinen liikkumisen rajoittaminen vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla hoitajien kuvaamana

Martina Pitkänen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu 2010

Martina Pitkänen

Fyysinen liikkumisen rajoittaminen vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla hoitajien kuvaamana

Vuosi	2010	Sivumäärä	50
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön aiheena on vanhuspotilaan fyysinen liikkumisen rajoittaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Fyysisellä liikkumisen rajoittamisella tarkoitetaan hoitotyön käytäntöä jossa konkreettisesti rajoitetaan vanhuksen toimintaa esimerkiksi vuoteen laidoilla tai turvavöillä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää iäkkäiden potilaiden hoitotyötä terveyskeskuksen vuodeosastolla vähentämällä fyysisten rajoitteiden käyttöä. Tutkimuskysymykset ovat: Millaista fyysinen liikkumisen rajoittaminen on vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla? Miten fyysistä liikkumisen rajoittamista voidaan vanhuspotilaan hoitotyössä välttää?

Tutkimusmetodi on kvalitatiivinen. Aineisto on kerätty haastattelemalla kuutta hoitajaa kaupungin sairaalan vuodeosastolla teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita ja aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.

Vanhuspotilaan liikkumista rajoitettiin fyysisesti potilasturvallisuuden, hoidon onnistumisen, potilaan käyttäytymisen, sairauden tai oireen vuoksi ja henkilökuntaan liittyvistä syistä. Liikkumista rajoitettiin fyysisesti tarkoitukseen hankituilla välineillä, hoito- ja apuvälineillä sekä huonekaluja asettelemalla. Hoitaja voi vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhuspotilaan hoitotyössä erilaisilla hoitotyön toiminnan tavoilla, hyödyntämällä suoja- ja apuvälineitä sekä vaikuttamalla hoitoympäristöön.

Tulosten mukaan hoitajien vanhuspotilaan fyysiseen rajoittamiseen liittyvää tietoa tulee lisätä, etenkin pitkäaikaisen rajoittamisen seurausten osalta. Tiedon lisääminen vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä ja edistää vaihtoehtoisen toimintatavan valitsemista hoitotyössä. Moniammatillinen yhteistyö lääkärin ja fysioterapeutin kanssa tukee vanhuksen vapaata liikkumista ja loukkaantumisen ehkäisyn suunnittelua.

Asiasanat: fyysinen liikkumisen rajoittaminen, vanhukset, hoitotyö

Martina Pitkänen

Nurses' descriptions of physical restraint in elderly patients' care

Year	2010	Pages	50
------	------	-------	----

---

This thesis examines the use of physical restraint in elderly hospitalized patients in a Health Centre Hospital ward. Physical restraint is defined as the restriction of physical activity of an elderly patient with technical aids such as raised bedrails or restraint belts. The ultimate goal of the thesis is to improve the care of elderly patients by decreasing the use of physical restraints in hospital care settings. The following research questions are investigated: What is the nature of the use of physical restraints in the care of elderly hospitalized patients? How can the use of physical restraints be avoided in the care of such patients?

This study utilizes qualitative research method. The data collection involved conducting individual interviews of six members of the health care nursing staff with theme interview method. The data were analyzed with inductive content analysis.

The reasons for the use of physical restraint in the care of elderly patients included patient safety concerns, improvement of the treatment outcomes, patients' behavioral issues, certain diseases or symptoms and factors related to the medical staff. Physical restraint was accomplished by using devices and by placement of furniture. Nurses can reduce the use of physical restraint for elderly patients with certain care practices, by utilizing protective and assistive devices and by influencing the environment.

The results highlighted the importance of increasing the nursing personnel's knowledge of physical restraint use with elderly patients, especially regarding the consequences of long-term restraint. Greater knowledge reduces the use of physical restraints and encourages the selection of alternative patient care methods. Multiprofessional co-operation with physicians and physical therapists enhances elderly patients' unrestricted activity and the planning of facilitated injury prevention.

Keywords: physical restraint, elderly, nursing

## Sisällys

1 Johdanto .....	5
2 Vanhuspotilaan fyysinen liikkumisen rajoittaminen.....	6
2.1 Fyysisen liikkumisen rajoittamisen määritelmä.....	6
2.2 Fyysisten rajoitteiden käytön syyt ja seuraukset .....	6
2.3 Vanhuspotilasta liikkumisen rajoittamiselle altistavia tekijöitä .....	7
2.4 Fyysisten rajoitteiden käyttö.....	8
2.5 Fyysisen liikkumisen rajoittamisen eettinen ongelma .....	10
2.6 Liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tunteet .....	10
2.7 Fyysistä rajoittamista koskevia lakeja ja suosituksia .....	11
2.8 Dementoituneen vanhuksen hyvä hoito ilman fyysisiä rajoitteita .....	14
3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	17
4 Menetelmälliset valinnat .....	17
4.1 Aineistonkeruu .....	18
4.2 Aineiston käsittely ja hävittäminen.....	20
4.3 Aineiston analyysi .....	20
5 Eettisyys ja luotettavuus.....	21
6 Tulokset .....	23
6.1 Hoitotyön toiminta vanhuksen fyysisessä liikkumisen rajoittamisessa.....	23
6.1.1 Rajoittamisen syyt .....	23
6.1.2 Rajoittamisen toteuttaminen.....	26
6.1.3 Arviointi ja päätöksenteko .....	29
6.1.4 Kirjaaminen .....	31
6.1.5 Riskien tunnistaminen.....	32
6.2 Vaihtoehtoiset hoitotyön toimintatavat.....	34
7 Pohdinta.....	36
Lähteet .....	42
Liitteet.....	45
Liite 1 Haastatteluteemat .....	45
Liite 2 Saatekirje .....	46
Liite 3 Suostumus haastatteluun osallistumisesta .....	47
Liite 4 Esimerkkejä sisällönanalyysistä .....	48

---

## 1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan suoja- ja rajoitustoimenpiteitä vanhusten hoidossa fyysisen liikkumisen rajoittamisen osalta. Fyysinen liikkumisen rajoittaminen on vakiintunut käytäntö hoitotyössä vanhustenhoitolaitoksissa ja yleisintä terveyskeskusten vuodeosastoilla (Saarnio, Isola & Backman 2007, 109). Fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytöstä vapaaehtoisessa so-maattisessa hoidossa ei kuitenkaan Suomessa säädetä lailla. Sosiaali- ja terveysministeriön alainen eettinen neuvottelukunta ETENE on antanut suosituksen sallittujen suoja- ja rajoitus-toimenpiteiden käytöstä vapaaehtoisessa hoidossa. Kannanotossa myös esitetään itsemäärää-misoikeudesta säätämistä erillislaissa. (ETENE 2009.)

Fyysistä liikkumisen rajoittamista on vanhukseen kohdistuva, hänen toimintansa suora konk-reettinen rajoittaminen, kuten vyöllä kiinnittäminen, vuoteenlaidan nostaminen tai oman fyysisen voiman käyttö. Liikkumisen rajoittaminen voi olla myös epäsuoraa. Tällöin esimerkik-si liikkumiseen apuvälinettä tarvitsevan vanhuksen rollaattori asetetaan hänen ulottumatto-miinsa tai jätetään tekemättä toiminta joka edistäisi vanhuksen liikkumista, kuten liikkumi-seen apua tarvitsevan vanhuksen kutsukellon soittoon vastaaminen. (Saarnio 2009, 70.)

Vanhus voi tarvita suoja- ja rajoitustoimia turvallisuutensa takaamiseksi, ja hänellä on myös oikeus tulla suojatuksi. Yleensä fyysisellä liikkumisen rajoittamisella pyritäänkin estämään vanhusta loukkaantumasta. (Hantikainen & Käppeli 2000, 1199-1200; Saarnio 2009; Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, 465.) Ongelmana rajoitteiden käytössä on niistä koituvat useat haitat vanhukselle, kuten liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä ihmisen itse-määräämisoikeuden loukkaaminen (Engberg, Castle & McCaffrey 2008).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää iäkkäiden potilaiden hoitotyötä terveyskeskuk-sen vuodeosastolla vähentämällä fyysisten rajoitteiden käyttöä. Tutkimuskysymykset ovat: Millaista fyysinen liikkumisen rajoittaminen on vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla? Miten fyysistä liikkumisen rajoittamista voidaan vanhuspotilaan hoitotyössä välttää?

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia teemahaastattelumenetelmällä terveyskeskuksen vuodeosastolla

## 2 Vanhuspotilaan fyysinen liikkumisen rajoittaminen

### 2.1 Fyysisen liikkumisen rajoittamisen määritelmä

Tässä työssä potilaan fyysisellä liikkumisen rajoittamisella tarkoitetaan jollain konkreettisella välineellä ihmisen liikkumisvapauden estämistä siten, ettei hän itse kykene välinettä poistamaan. Väline voidaan asettaa henkilöön kiinni tai välittömään läheisyyteen. Tällaisia välineitä ovat sairaalavuoteen laidat, liikkumisen rajoittamiseen suunnitellut turvaliivit ja -vyöt, haaravyöt, käsi- tai jalkatarrat tai -siteet, magneettivyöt, lepositeet tai millä tahansa välineellä toteutettu liikkumisen rajoittaminen kuten tuoliin sitominen vaatteilla, peitolla vuoteeseen immobilisoiminen kääntämällä peiton reunat patjan alle, tai kyseiseen tarkoitukseen kehitetty lepopeiton käyttö. Fyysistä liikkumisen rajoittamista on myös huonekalujen sijoittaminen siten, että tarkoituksena on vapaan liikkumisen estäminen, kuten geriatrisen tuolin pöytälevyn asettaminen tai pyörätuolin lukitseminen pöytää vasten. (Gallinagh, Nevin, Mc Aleese & Campbell 2001, 852; Park & Tang 2007, 11.) Yleisimmin käytetty liikkumisen rajoittamisen muoto vanhusten laitoshoidossa on vuoteen laitojen ylös nostaminen (Saarnio ym. 2007, 112; Meyer, Köpke, Haastert & Mhlhauser 2008).

### 2.2 Fyysisten rajoitteiden käytön syyt ja seuraukset

Yleisin syy rajoittaa mekaanisesti vanhuksen liikkumisen vapautta on pelko siitä, että vanhus vahingoittaa itseään, kuten kaatuu, putoaa tai karkaa (Hantikainen & Käppeli 2000, 1199–1200; Fitzgerald ym. 2009, 465; Saarnio 2009). Muita syitä voi esimerkiksi olla: vanhus ei pysty kävelemään mutta ei muista sitä (Liukkonen & Laitinen 1994, 1084), vanhus on häiriöksi ympäristölleen kuten aggressiivinen tai häiritsee muita potilaita, hoitotoimenpiteet kuten suonensisäinen infuusio, nenämahaletku tai avanne pussi. Liikkumisen rajoittamista on käytetty myös liian vähäisen henkilökuntamäärän takia ja hoitajien palaverin aikana jotta kaikki hoitajat voivat osallistua (Saarnio ym. 2007, 113–114), ja yhteisen toiminnan kuten syömis- tai lauluhetken onnistumiseksi päiväsalissa (Liukkonen & Laitinen 1994, 1084).

Rajoitteiden käyttöä perustellaan usein perustellaan loukkaantumisten estämisellä (Hantikainen & Käppeli 2000; Saarnio ym. 2007). Ei kuitenkaan ole olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että fyysisellä liikkumisen rajoittamisella loukkaantumia pystyttäisiin vähentämään (Wang & Moyle 2005). Sen sijaan lukuisista haitoista vanhukselle fyysisten rajoitteiden käytöstä on näyttöä. Dementiapotilaiden liikkumisen rajoittaminen altistaa heitä toiminta- ja kävelykyvyn rapistumiselle (Engberg ym. 2008) ja agitaatiokäyttäytymiselle tai sen lisääntymiselle. Jo kymmenen päivän vuodelepo aiheuttaa alaraajojen lihasten heikkenemisen terveelläkin iäkkäällä ihmisellä (Kortebein ym. 2008, 1079). Liikkumisen rajoitteiden pitkittynyt käyttö altistaa painehaavoille, kaatumisille, infektioille, inkontinenssille, laskimoveritulpille, sairaalahoi-

tojakson pitkittymiselle, pysyvään laitoshoitoon joutumiselle ja ennenaikaiselle kuolemalle. Sidotun potilaan valvomatta jättäminen altistaa potilaan fyysisille ja henkisille vammoille tai jopa hengenvaaralle kuten turvaliiviin tai -vyöhön kuristumiselle. (Kaivola & Lehtonen 2002; Evans, Wood & Lambert 2003.)

Liikkumisen rajoittaminen voi myös eristää vanhusta yhteisöstä. Näin voi tapahtua jo käytännön syistä. Esimerkiksi geriatrisen tuolin suuren koon takia siinä istuva vanhus voidaan sijoittaa päivähuoneessa huoneen laidalle kauemmas ruokapöydästä tai toisista. Vanhus, jonka liikkumista on fyysisesti rajoitettu, voi myös joutua muiden vanhusten verbaalisen aggressiivisuuden kohteeksi. (Saarnio 2009, 83.)

Saarnion ym. (2007) tutkimustulosten mukaan korkeintaan 20 asiakaspaikan yksiköissä käytetään fyysisiä rajoitteita vähemmän kuin yli 30 paikan yksiköissä. Henkilökunnan hyvät työolosuhteet, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä sekä vapaus käyttää taitojaan ja luovuutta hoitotyön päätöksenteossa vähentävät fyysisten rajoitteiden käyttöä. Mekaanisten rajoitteiden käyttöä ei myöskään pystytä vähentämään lisäämällä rauhoittavien lääkkeiden käyttöä, vaan henkilökunnan kouluttaminen sekä työn motivoivuus ja monipuolisuus vähentävät molempia. (Pekkarinen, Elovainio, Sinervo, Finne-Soveri & Noro 2006, 1117–1118; Pelfolk, Gustafson, Bucht & Karlsson 2010, 67–68.)

### 2.3 Vanhuspotilasta liikkumisen rajoittamiselle altistavia tekijöitä

Vanhuspotilaan liikkumisvapauden rajoittamiseen vaikuttavat potilaan ominaisuudet, omaisen kanta, henkilökunnan tieto, osaaminen ja hoitokulttuuri, hoitopaikka sekä ympäristön fyysiset ominaisuudet (Saarnio 2009, 55). Potilaan käyttäytymisessä liikkumisen rajoittamiselle altistavat mm. kaatuilutaipumus (Meyer ym. 2008, 986), sekavuus, vaeltelu, hoitotoimien vastustaminen, hoitovälineiden repiminen ja poistaminen, aggressiivisuus sekä agitaatiokäyttäytyminen eli ahdistuneisuus johon liittyy motorista levottomuutta (Bourbonniere, Strumpf, Evans & Maislin 2003). Yleisimmin näitä ominaisuuksia aiheuttavat dementian käytösoireet ja deliriumtila. (Park & Tang 2007, 11–12.)

Dementia on oireyhtymä, johon kuuluu muistihäiriöitä ja muuta kognitiivisten eli älyllisten toimintojen heikkenemistä, esimerkiksi aloitekyvyn, tarkkaavaisuuden tai sietokyvyn heikkenemistä. Aivotoiminnan häiriöt etenevät, ja dementiapotilaan kyky huolehtia itsestään ja asioistaan heikkenee lopulta ympärivuorokautiseen ulkopuolisen avun tarpeeseen asti. Dementiaa aiheuttavat aivoja vaurioittavat sairaudet kuten Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet tai Lewyn kappale -tauti. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 48–55.)



Dementiapotilailla ilmenee muutoksia muistin lisäksi myös käyttäytymisessä ja tunne-elämässä. Käyttöoireita on kaikissa etenevissä muistisairauksissa. Niitä voi myös esiintyä dementian kaikissa vaiheissa joita ovat lievä, keskivaikea ja vaikea dementia. Yleisimpiä käyttöoireet ovat keskivaikeassa dementiassa. Muistisairaana elämänlaadun, omaisten jaksamisen ja laitoshoitoon joutumisen kannalta käyttöoireet ovat muistihäiriöitä merkittävämpiä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182.)

Käyttöoireita voivat olla esimerkiksi depressio tai apatia, agitaatio, aggressiivisuus, mielialan vaihtelu, ylivirittynyt seksuaalisuuden ilmaisu, tavaroiden keräily ja hypistely, vaeltelu, varjostaminen eli esimerkiksi hoitajan tai toisen potilaan seuraaminen, harhaluulot, näköharhat tai unihäiriöt. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182–189.)

Äkillinen sekavuusoireyhtymä eli *delirium* on yleinen vanhuspotilailla. Sana *delirium* tulee latinan sanoista *de* = "pois" ja *lira* = "raiteilta". *Deliriumin* aiheuttaja on somaattinen sairaus, kuten infektio, äkillinen sydän- ja verisuonisairaus, nestetasapainon häiriö, vanhuksilla usein myös leikkaus tai sopimaton lääkehoito. Mitä iäkkäämpi, heikompi ja sairaampi vanhus on, sitä vähäisempi syy voi aiheuttaa *deliriumin*. Vanhusten hoitolaitoksissa yleisimmin tunnistettu *deliriumin* aiheuttaja on virtsatieinfektio. (Laurila 2005, 4751.)

Hyperaktiivisessa *deliriumissa* vanhus voi olla sekava, psyykkisesti ja motorisesti levoton, desorientoitunut eli ei tiedä missä on ja saattaa kärsiä näköharhoista. Pahimmillaan oireet ovat usein yöaikaan. Potilas on yleensä sairaudentunnoton, pelokas ja epäluuloinen. Hän saattaa puuhastellessaan repiä irti hoitovälineitä kuten suonikanyylin, nenämahaletkun tai virtsakettrin. Hän saattaa pyöriä vuoteessa, kiivetä sieltä pois, riisua, huudella omaisiaan tai vastustaa hoitotoimenpiteitä. Näissä vaativissa hoitotilanteissa voimankäyttöä ja rajoittamista tulisi kuitenkin yrittää välttää, sillä sekavuudesta ja desorientaatiosta huolimatta potilas *deliriumista* toivuttuaan voi muistaa osia pelottavista kokemuksistaan. *Delirium* voi ilmetä myös hypoaktiivisuutena, jolloin henkilö saattaa maata apaattisena vuoteessa ja esimerkiksi nukahdella kesken ruokailun tai keskustelun. Tämä *deliriumin* muoto on usein vähemmän tunnettu terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa ja vaikeammin tunnistettavissa. (Laurila 2005, 4752.)

## 2.4 Fyysisten rajoitteiden käyttö

Yleensä hoitaja rajoittaa potilaan liikkumista. Hoitajat myös tekevät tilannekohtaiset päätökset fyysisten rajoitteiden käytöstä. Potilas voi joissain tapauksissa itse pyytää fyysistä liikkumisen rajoitetta kuten nostamaan vuoteen laidan ylös. Lääkäri osallistuu fyysiseen liikkumisen rajoittamiseen antamalla luvan toteuttaa sitä, määräämällä sen toteutettavaksi tai kieltämäl-

lä rajoitteiden käytön. Potilaan omainen tai laillinen edustaja voi kieltää rajoitteiden käytön, pyytää sitä tai jopa osallistua suoraan rajoittamiseen. (Saarnio 2009.)

Suomen vanhustenhoitolaitoksissa fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä. Hoitajille osoitetussa kyselytutkimuksessa ilmeni, että 88 % tutkituista vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoista oli edeltävän viikon aikana käytetty vanhusten toiminnan fyysistä rajoittamista. (Saarnio ym. 2007.) Tulos on samankaltainen kuin pienimuotoisemmassa tutkimuksessa yli 10 vuotta sitten (Liukkonen & Laitinen 1994).

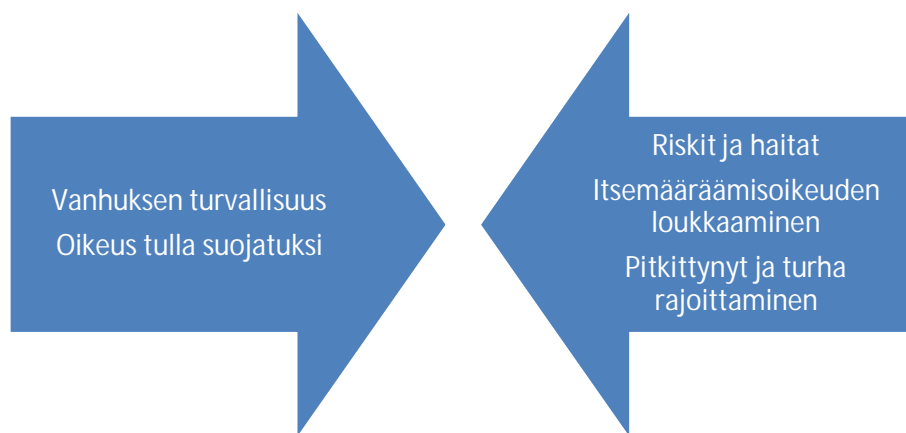
Saarnion ym. (2007) tutkimuksen mukaan eniten käytetään sellaisia rajoittamisen muotoja, joiden käyttöön ei vaadita lääkärin lupaa, kuten vuoteen laidan ylös nostaminen (84 %) ja geriatriassa tuolissa pöytälevyn eteen asettaminen (75 %). Kirjallista lupamenettelyä vaativia rajoittamisen muotoja ovat vyökiinnitys tuoliin (33 %) tai pyörätuoliin (64 %), turvaliivi (22 %), magneettivyö (14 %), lepositeet (12 %) ja huoneen oven sulkeminen tai lukitseminen (7 %). Harvinaisempia mutta käytettyjä rajoittamisen muotoja olivat vielä haaravyö pyörä- tai tavallisessa tuolissa, lepopeitto tai tavallisen peiton reunojen taitto patjan alle, toisen tai molempien käsien sitominen vuoteen tai suihkulaverin laitaan hoitotoimenpiteen ajaksi, pyörätuolin asettaminen pöydän eteen jarrut päällä ja turvavyön käyttö wc-istuimella. Näistä lääkärin lupa tarvitaan haara- ja turvavyöhön, tarkoitukseen valmistettuun lepopeittoon ja raajojen sitomiseen. (Saarnio ym. 2007, 112.)

Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleisintä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Sairaaloissa myös hoidetaan enemmän voimavaroja vaativia potilaita kuin vanhainkodeissa. (Bourbonniere ym. 2003; Saarnio ym. 2007.) Toisaalta vanhustenhoitoon erikoistuneissa hoivalaitoksissa hoitajat myös suhtautuvat fyysisten rajoitteiden käyttöön hieman kielteisemmin, ja heillä on enemmän tietoa vaihtoehtoista (Weiner, Tabak & Bergman 2003).

Saksalaisissa vanhainkodeissa toteutetussa tutkimuksessa fyysisiä rajoitteita kohdistettiin 26,2 %:iin asukkaista (Meyer ym. 2008). Norjalaisissa vanhainkodeissa mekaanisia liikkumisen rajoitteita käytettiin 23,3 % ja dementiaikodeissa 12,8 % (Kirkevold & Engedal 2004). Suomalais-tutkimuksen tulos näyttää kansainvälisessä vertailussa korkealta, mutta tulokset eivät kuitenkaan ole vertailukelpoisia tutkimusten erilaista piirteistä johtuen. Esimerkiksi edellä mainitut tutkimukset on toteutettu ainoastaan vanhainkodeissa ja Saarnion ym. (2007) tutkimuksessa myös terveyskeskusten vuodeosastoilla. Fyysinen rajoittaminen on myös määritelty eri tavoilla. Esimerkiksi norjalaistutkimuksessa vuoteen laitojen käytöstä on mukaan laskettu vain ilman potilaan suostumusta nostetut. Kaikkien tutkimusten tekijät arvioivat tulokset korkeiksi ja asettivat tulevaisuuden tavoitteeksi vähentää mekaanisten rajoitteiden käyttöä.

## 2.5 Fyysisen liikkumisen rajoittamisen eettinen ongelma

Vanhus voi myös tarvita suoja- ja rajoitustoimia turvallisuutensa takaamiseksi, ja hänellä on myös oikeus tulla suojatuksi. Yleensä fyysisellä liikkumisen rajoittamisella pyritäänkin estämään vanhusta loukkaantumasta. (Hantikainen & Käppeli 2000, 1199-1200; Saarnio 2009; Fitzgerald ym. 2009, 465.) Ongelmana rajoitteiden käytössä on niistä koituvat useat haitat vanhukselle. Tällaisia riskejä ja haittoja ovat liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen, rajoitteen käytön pitkittyminen, rajoitteeseen loukkaantumisen riski sekä ihmisen itsemääräämisoikeuden loukkaaminen (Engberg ym. 2008).



Kuvio 1. Vanhuksen fyysisen liikkumisen rajoittamisen eettinen ongelma

## 2.6 Liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tunteet

Potilaiden kokemukset fyysisen liikkumisen rajoittamisen kohteeksi joutumisesta ovat suurimmalta osin epämiellyttäviä ja ristiriitaisia. Potilaat ovat kokeneet epämukavuutta ja ansassa olemisen tunnetta, ja epäluottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan on lisääntynyt. Potilaat ovat kertoneet myös pelon, turhautumisen ja yksinäisyyden kokemuksista. (Gallinagh ym. 2001; Saarnio 2009, 64.)

Jotkut potilaat kokevat fyysisen rajoittamisen, kuten ylös nostetut vuoteen laidat, lisäävän heidän turvallisuuttaan esimerkiksi vuoteesta putoamista estäen (Gallinagh ym. 2001). Myös hoitajat ovat raportoineet joidenkin potilaiden pyytävän itse vuoteen laidan ylös (Saarnio ym. 2007, 113) tai kokevan turvavyön lisäävän turvallisuuden tunnetta (Hantikainen & Käppeli 2000, 1200). Potilaat ovat myös kertoneet ajatelleensa vuoteen ylös nostettujen laitojen olevan tavallinen tapa sairaalassa. Toiset taas ovat sanoneet halutessaan pääsevänsä irti rajoit-

teista esimerkiksi laidan yli kiipeämällä, mikä asettaa vanhukset suureen loukkaantumisen vaaraan. (Gallinagh ym. 2001, 856.)

Hoitajien pelko siitä, että vanhus kaatuu tai loukkaa itseään jotenkin, lisää fyysisten rajoitteiden käyttöä (Fitzgerald ym. 2009, 464). Kaikki hoitajat eivät osaa nimetä sitomisesta tai liikkumisvapauden rajoittamisesta koituvia epätoivottuja seurauksia vaan uskovat toimivansa pelkästään potilaan edun mukaisesti (Lee, Chan, Tam & Yeung 1999, 157). Osa hoitohenkilökunnasta ei myöskään käsitä potilaan rajoittamiseksi vuoteen laidan nostamista tai pyörätuolin tai geriatrisen tuolin ominaisuuksien käyttämistä liikkumisen estämistarkoitukseen (Vassallo ym. 2005, 69; Saarnio 2009, 59).

Useat hoitajat kokevat mekaanisten rajoitteiden kohdistamisen potilaaseen ikävänä toimenpiteenä eivätkä haluaisi itseään kohdeltavan samoin vastaavassa tilanteessa. Hoitajat kokevat usein joutuvansa sitomaan potilaita kiireen takia, eli siksi etteivät ehdi jäädä heidän vierelleen. (Chuang & Huang 2007.) Hoitajat kohtaavat myös vaikeita päätöksentekotilanteita yrittäessään säilyttää turvallisen ja viihtyisän ilmapiirin kaikille asukkaille tai potilaille. Osastolla vaelteleva vanhus ei useinkaan häiritse hoitajaa itseään, mutta jotkut asukas- tai potilastoverit häiriintyvät vaeltelevasta dementikosta, kokevat turvattomuutta tai ovat joutuneet jopa aggressiivisen käytöksen kohteeksi (Hantikainen & Käppeli 2000, 1201–1202).

Omaiset voivat olla rajoittamistilanteessa potilaan tukena ja myös vähentää vanhuksiin kohdistuvaa liikkumisen rajoittamista esimerkiksi laskemalla vuoteenlaidan ollessaan läsnä tai vastustamalla näiden toimien kohdistamista potilaaseen. Toisaalta omaiset voivat olla sallimassa tai jopa edistämässä rajoitteiden käyttöä vaatimalla sitä. (Saarnio 2009, 59, 87.) Suurin osa omaisista ei ole tietoisia fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytön haitoista ja vaihtoehtoisista keinoista hoitaa heidän läheistään. Välttämättä kaikki omaiset eivät edes tiedä, miksi rajoitteita käytetään. (Lai & Wong 2008, 181.)

## 2.7 Fyysistä rajoittamista koskevia lakeja ja suosituksia

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE esittää 10. kesäkuuta 2009 antamassaan kannanotossa potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteistä, potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista säättävän erillislain asettamista. ETENE myös määrittää kannanotossaan suosituksia potilaan tai asiakkaan suoja- ja rajoitustoimenpiteissä. Suositusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laitosten tulisi tehdä suunnitelma kyseisten toimenpiteiden mahdollisesta käytöstä.

Suomen perustuslain mukaan (1999/731, 7 §) ”jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta.”

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säättää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (3 §) ja itsemääräämisoikeuteen (6 §). (3 §) ”Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan.”

Liikkumisvapauden rajoittamisesta säädetään psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan kohdalla tarkemmin: Mielenterveyslain (1116/1990, 22 f §) mukaan ”potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä.

Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.”

Suurin osa laitoshoidon sijoitetuista dementoituneista henkilöistä asuu kuitenkin tavallisissa hoivalaitoksissa kuten dementiakodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa fyysisten rajoitteiden käytöstä ei ole Suomessa lakia (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 75).

Useat kansainväliset tahot, kuten eurooppalaisten alzheimer- ja dementiayhdistysten kattojärjestö Alzheimer Europe, suosittavat, että pakotteiden käyttö kaikkien potilaiden hoidossa perustuisi lakiin. Alzheimer European suosituksen mukaan fyysistä rajoittamista ei koskaan tulisi käyttää dementiapotilasta kohtaan pelkästään levottomuuden poistamiseksi ja ensisijaisena keinona. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 75.)

Oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen periaatteiden tulee toteutua myös rajoittamistilanteissa. Potilaan oikeutta tulla kuulluksi ja päättää itse tulee yrittää noudattaa viimeiseen asti. Toisaalta potilaalla on myös oikeus turvallisuuteen ja tulla suojatuksi. Jos potilas ei kykene itse arvioimaan häneen kohdistuvia suoja- tai rajoitustoimia, hänen omaisensa tai muun laillisen edustajan kanssa on neuvoteltava, miten potilas todennäköisesti haluaisi itseään suojattavan, mieluummin jo ennen rajoitteen käyttöönottoa. Toimenpiteet pyritään suorittamaan yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen läheisensä kanssa ja äkillisestä rajoitteiden käyttöönotosta pyritään informoimaan omaisia mahdollisimman pikaisesti. Puutokset henkilöstön mitoituksessa eivät ole riittävä peruste rajoitteen käytölle. (ETENE 2009.)

Entisen eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio (2005) mukaan vaikeasti dementoituneiden hoidossa liikkumisen rajoittamista voidaan käyttää potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Päätöksen sitomisesta tekee lääkäri, ja toimenpidettä jatketaan vain siinä määrin kuin se kulloinkin on välttämätöntä. Päätös ja toimenpide dokumentoidaan potilasasiakirjoihin. Potilaan oma kanta pyritään selvittämään, jos se on mahdollista. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan, potilaan omaista tai muuta laillista edustajaa tulee kuulla suostumuksen saamiseksi, ja tämä on kirjattava potilasasiakirjoihin.

Helsingin kaupungin sairaalassa noudatetaan kaupungin terveystieteiden pysyväisohjetta potilaan liikkumisesta käytöstä. Pysyväisohjeen mukaan periaatepäätöksen potilaan fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta tulee olla hoitovastuussa olevan lääkärin tekemä, ja lääkärin tulisi kirjata päätös perusteluineen potilasasiakirjoihin. Konkreettisessa yksittäisessä tilanteessa hoitaja tekee päätöksen sitomisesta lääkärin periaatepäätöksen perusteella. Potilaan itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan ja hoitoa toteuttamaan hänen etunsa mukaisesti. Jos potilas ei pysty kertomaan omaa kantaansa tai tosiasiallisesti päättämään itse hoidostaan, potilaan toivetta tiedustellaan lähiomaiselta tai muulta läheiseltä, ja hänen kantansa kirjataan potilastietoihin. Kuitenkaan hänen suostumuksensa ei ole välttämätön: lopullisen päätöksen potilaan sitomisesta tekee lääkäri. Sitomisesta kerrotaan potilaan lähiomaiselle. Liikkumisen rajoittamisen syy ei ole koskaan kurinpidollinen tai rangaistus. Sitomista käytetään hoitotoimenpiteenä vain silloin, kun se on potilaan edun ja turvallisuuden mukaista hoitoa tai jostain muusta painavasta syystä tarpeellista. Tällainen syy on esimerkiksi toisten potilaiden tai henkilökunnan vakavasti vaarantunut turvallisuus. (Helsingin kaupunki terveystieteiden 2005.)

Pysyväisohjeen mukaan (Helsingin kaupungin terveystieteiden 2005) poikkeustilanteissa, jossa sitomiseen joudutaan turvautumaan ilman ennakkosuunnitelmaa, päätöksen voi tehdä työvuoron vastaava hoitaja työtovereidensa kanssa neuvoteltuaan silloin, kun sitomisen välineenä on turvavyö, lepoliivi, lepopaita tai käsitarra. Ohjeen mukaan sitomispäätöksestä raportoidaan lääkärille ensitilassa tai seuraavana arkipäivänä. Magneettiväylällä sitomisesta päättää vain lääkäri, joka merkitsee luvan kirjallisena perusteluineen potilastietoihin.

Levottoman potilaan sitominen voi olla joissain tilanteissa tarpeellista potilaan hyvän hoidon, huolenpidon ja turvallisuuden toteutumisen kannalta. Alzheimer Europe suositusten mukaan mekaanista vapauden rajoittamista kuten sitomista ei tulisi kuitenkaan kohdistaa levottomaan dementiapotilaaseen ennen muiden keinojen harkintaa. Muita keinoja voivat esimerkiksi olla valvotun jaloittelun lisääminen, uudelleenorganisointi ja jos mahdollista valvontavastuussa olevan henkilöstön lisääminen, lepoajan kaavan muuttaminen, sellaisten aktiviteettien luominen, jotka vaativat dementoituneen huomion ja jos mahdollista dementoituneille suunniteltujen erityisympäristöjen käyttäminen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 76.)

Jos potilaan liikkumista joudutaan mekaanisesti rajoittamaan, tulisi potilasasiakirjoihin dokumentoida rajoittamisen syy ja rajoittamisen kesto, aloitus- ja lopetusaika, potilaan vointi ja käyttäytyminen sen aikana sekä liikkumisen rajoittamisen aikana annettu hoito ja valvonta. Rajoitteen käytön tulisi olla mahdollisimman lyhytkestoista, ja saman potilaan kohdalla rajoitteen käytön aloittaminen tulisi arvioida aina uudelleen. (Park & Tang 2007, 13.)

Käytännössä potilaan hoitosuunnitelmaan voi olla kirjattuna lääkärin lupa sitomisesta, mutta päivittäiset tilannekohtaiset ratkaisut jäävät hoitajalle (Saarnio ym. 2007). Ratkaisut hoitotilanteissa vaihtelevat, koska arjen tilanteissa päätöksen liikkumisvapauden rajoittamisesta tai muiden hoitokeinojen toteuttamisesta tekee usein yksittäinen hoitaja, esimerkiksi työvuoron vastaava hoitaja, omaan tulkintaansa perustuen. Yksittäisen hoitajan päätöksenteko tilanteessa voi perustua tietoon, mutta myös tunteeseen tai asenteeseen fyysisten rajoitteiden käyttöä kohtaan. (Hantikainen & Käppeli 2000.) Hoitajat rajoittavat potilaan liikkumisen vapautta myös rutiininomaisena toimintana, vaikka rutiininomaisuus onkin rajoitteiden käytön syynä harvoin (Saarnio ym. 2007; Meyer ym. 2008). Tarkempaa ohjeistusta fyysisten rajoitteiden käytöstä ei kaivata niiden käytön helpottamiseksi vaan vähentämiseksi (Park & Tang 2007, 10).

## 2.8 Dementoituneen vanhuksen hyvä hoito ilman fyysisiä rajoitteita

Dementiaa sairastavan ja ympäristön välinen vuorovaikutus muuttuu älyllisten toimintojen heikentyessä. Henkilö ei tunnista tai osaa kertoa, mikä häntä vaivaa, ja ilmaisee ongelmaansa käytösoireilla. Lisääntyvän levottomuuden syynä voi olla esimerkiksi fyysinen kipu tai reaktio ali- tai ylivirikkeeseen ympäristöön. (Saarela ym. 2001, 2781.) Käytösoire voi olla muistisairaana keino selviytyä vaikeassa tilanteesta ja parantaa elämänhallinnan kokemusta, joten niihin tulee suhtautua vakavasti ja pyrkiä selvittämään niiden aiheuttaja (Eloniemi-Sulkava 2008). Käytösoireita ei hoideta kohdistamalla pakkokeinoja potilaaseen, vaan etsimällä käyttäytymisen syytä ja yrittämällä vastata siihen (Park & Tang 2007).

Tavoitteena on, että ikääntynyt muistisairas henkilö pystyisi mahdollisimman pitkään elämään omassa kodissaan (STM 2008). Passivoiva hoito voi heikentää dementoituneen toimintakykyä nopeasti. Kävelykyvyn heikkeneminen ja käytösoireiden lisääntyminen altistavat kotihoidosta laitoshoidon joutumiselle. Lyhytaikaisen laitoshoidon tulee olla kuntouttavaa ja kotona asumista tukevaa. (Suhonen ym. 2008.)

Dementoituneen henkilön hyvän laitoshoidon osatekijöitä ovat rajoitteiden käytön minimointi, käytösoireisten potilaiden tai asukkaiden taitava hoitaminen, fyysisestä kunnosta huolehtiminen, mielekkäät aktiviteetit, yhteistyö omaisten kanssa, hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ja turvallinen ympäristö. Haasteellisten käytösoireiden hoito tulee keskittää

dementoituneiden hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin. Kuitenkin kaikissa yksiköissä, joissa hoidetaan dementoituneita vanhuksia, kuten sairaaloissa, pitää hallita käytösoireiden lääkkeetön ja mekaanisista rajoitteista vapaa hoito. (Suhonen ym. 2008.)

Hoitoympäristö, hoitohenkilökunnan ammattitaito ja omaisten tai omaishoitajien ohjaaminen ja tukeminen ovat keskeiset tekijät käytösoireiden lievittämisessä. Olennaista on arvioida oireesta syntyvä haitta potilaalle ja ympäristölle. Esimerkiksi sairaalan osastolla vaeltelevan potilaan kohdalla voi arvioida, onko hän ahdistunut tai vaaraksi itselleen, etsiikö hän poispääsyä vai kuljeskeleeko tyytyväisenä, keräileekö toisten potilaiden tavaroita, ottaako siivouskärryistä myrkyllisiä aineita, käveleekö vakaasti vai onko vaarassa kaatua, onko hänellä tarvittavat apuvälineet kuten hyvät jalkineet, rollaattori tai lonkkahousut, miten toiset potilaat suhtautuvat, kohtaako vaeltelija jatkuvasti negatiivisia tilanteita toisten potilaiden häistelyssä, meneekö hän potilashuoneisiin vai vaeltaako yleisissä tiloissa, onko osastolla erityishuoneita tai onko hän vaarassa eksyä pois osastolta. Hoidollista puuttumista vaelteluun tarvitaan esimerkiksi silloin, kun potilas on tuskainen, pelokas tai kykenemätön itse asettumaan lepäämään. (Saarela ym. 2001.)

Hyvä kivunhoito on erityisen tärkeää käytösoireiden hoidossa. Siitä on huolehdittava myös ehkäisevästi kuten ennen hoitotoimenpiteitä, jotka voivat tuottaa kipua vanhukselle. Tällaisia voivat olla sairaalassa toteutettavien hoitotoimenpiteiden lisäksi myös perushoitotapahtumat kuten suihkussa käyminen. Invasiiviset, eli kehon sisään ulottuvat hoitovälineet, kannattaa mahdollisuuksien mukaan poistaa mahdollisimman pian potilaalta. Sairaalan potilailla tällaiset hoitotoimet ovat kuitenkin välillä perustellusti tarpeellisia, mutta niistä voi yrittää häivyttää sekavan potilaan huomiota esimerkiksi piilottamalla suonikanyylin pitkän hihan alle tai virtsakatetrin lahkeeseen. (Park & Tang 2007, 12.)

Potilaan rauhoittelu ja ystävällinen suhtautuminen on ensisijaisen tärkeää. Nykyhetkeen ja olosuhteisiin orientoiminen voi hämmentää muistisairasta, kun taas deliriumista kärsivää potilasta tilanteen kertaaminen voi rauhoittaa. Omaisen läsnäolo on myös hyvä keino vähentää levottomuutta, sitä kannattaa mahdollisuuksien mukaan hyödyntää etenkin poikkeusolosuhteissa kuten lyhytaikaisessa sairaalahoidossa. (Park & Tang 2007, 12.)

Pienikin muutos hoitokäytännössä voi auttaa muistisairasta kokemaan turvallisuutta, luottamusta tai mielihyvää, ja muuttaa hoitotilanteen luonteen niin, että pakon käyttö hoitokeinona vähenee. Muistisairaiden ja käytösoireisten arjessa säilytetään aikuinen kanssakäyminen ja sosiaalinen arvokkuus. Sairauden edetessä säilyy kyky tuntea ja nauttia nykyhetkestä. (Suhonen ym. 2008.)



Dementoituneen käytösoireita vähentää rauhallinen ja turvalliseksi räätälöity ympäristö. Tällaisia ominaisuuksia ovat esimerkiksi esteettömyys kuten kynnyksettömyys, sekä usein tarvittavien tavaroiden lähelle sijoittelu, esimerkiksi silmälasit, juomalasi tai hoitajan kutsukello. Ympäristön turvaa lisää myös kotoisuus ja viihtyvyys kuten omaisten kuvat tai tutut esineet. Muistisairaiden asumisyksiköiden tai ryhmäkotien tulisi olla pieniä, korkeintaan 12–15 asukkaan yksiköitä, joissa tulisi tarjota oma huone sitä haluaville (STM 2008, 42). Mielekäs virike-toiminta päiväsaikaan kuten ulkoilu, keskustelu tai kahvittelu kuin myös tutut vakiintuneet päivärutiinit antavat sisältöä päivään ja lievittävät yöllistä levottomuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 187–189.)

lökkäiden kaatumisilla on vakavia seurauksia kuten lonkkamurtumat, joista aiheutuu yksilölle kärsimystä ja yhteiskunnalle suuria kustannuksia. Hoitajat kokevat kaatumisten ehkäisyn hyvin tärkeäksi (Vassallo ym. 2005). Mutta vastoin yleistä käsitystä fyysisten liikkumisvapauden rajoitteiden käytön vähentäminen ei lisää kaatumisia (Evans ym. 2002). Kaatumisten ehkäisyn vanhustenhoitolaitoksissa tulee sisältää kaatumisvaaran arviointia, henkilökunnan koulutusta kaatumisten ehkäisykeinoista ja panostusta turvallisen ympäristön rakentamiseen. Kaatumisten ehkäisyyn panostaminen vähentää kaatumisia vanhusten laitoshoidossa ja myös mekaanisten rajoitteiden käyttöä. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007; Fonad, Emami, Robins Wahlin, Winblad & Sandmark 2009.)

Tapaturmariskiä tulisi pyrkiä vähentämään hyvällä toimintakyvyn ylläpidolla ja kuntoutuksella sekä elinympäristöön panostamalla. Uuden teknologian mahdollisuudet kuten liiketunnistin- ja hälytysjärjestelmät, voivat osaltaan lisätä esteettömyyttä ja turvallisuutta muistisairaiden hoivayksiköissä. (STM 2008.)

Joihinkin käytösoireisiin voi olla hyötyä läkehoidosta. Tällöin suositellaan, että rauhoittavien lääkkeiden annos on mahdollisimman pieni, sivuvaikutukset vähäiset ja läkehoito on väliaikaista. Uusimpien tutkimusten mukaan myös Alzheimerintaudin lääkkeillä käytösoireet usein lievittyvät. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 187.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää hoitotyötä terveyskeskuksen vuodeosastolla vähentämällä iäkkäisiin potilaisiin kohdistettavaa fyysisten rajoitteiden käyttöä. Tutkimuskysymykset ovat: Millaista fyysinen liikkumisen rajoittaminen on vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla? Miten fyysistä liikkumisen rajoittamista voidaan vanhuspotilaan hoitotyössä välttää?

### 4 Menetelmälliset valinnat

Tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja pyritään tuottamaan tietoa sen luonteesta ja merkityksistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään pienempään ja harkitumpaan kohdejoukkoon, voidaan jopa keskittyä vain yhteen tapaukseen. Tutkimuskohdetta käsitellään ainutlaatuisena ja tavoitellaan sen ymmärtämistä. Tästä syystä tutkimusmetodeiksi soveltuvat ilmiöiden moninaisuuden esiintuovat menetelmät kuten ihmisten haastattelu tai todellisten tilanteiden havainnointi. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa otanta on sattumanvaraisempi, koska tarkastellaan suurempia kokonaisuuksia ja etsitään tilastollisia säännönmukaisuuksia. Laadullinen ja määrällinen tutkimus ovat toisiaan täydentäviä tieteellisen tutkimuksen menetelmiä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin tähän opinnäytetyöhön, koska haluttiin selvittää hoitotyön toiminnan ominaisuuksia ja luonnetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 152-155.)

Aineiston keruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelumenetelmässä, haastattelu rakentuu tiettyjen teemojen mukaan, joista keskustellaan. Teemat ovat usein haastateltavan tiedossa etukäteen. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, koska teemojen käsittelyjärjestys voi vaihdella ja teemat elää avoimien vastausten perusteella. Samat aiheet käydään kuitenkin läpi kaikkien haastateltavien kanssa. Haastateltavia voi olla yhdestä useaan henkilöön, ja haastattelutilanne voidaan toteuttaa eri tavoilla kuten ryhmänä, parihaastatteluna tai yksilöhaastatteluna, jossa läsnä on vain tutkija ja haastateltava. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.)

Teemahaastattelu soveltui tutkimushaastattelumenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön koska haluttiin käsitellä tiettyä ilmiötä hoitotyössä ja saada siitä esitettyihin tutkimuskysymyksiin vastauksia. Täysin strukturoitu haastattelumenetelmä olisi kuitenkin todennäköisesti jättänyt monia avoimia kysymyksiä ja tulkinnan vaikeutta. Fyysinen liikkumisen rajoittaminen ei ole laajuudessaan heti helposti käsitettävissä, vaikka käytännön toteutukseltaan onkin tavanomainen keino hoitotyössä. Haastatteluissa pyydettiin myös hoitajia kuvailemaan tilanteita joissa osastolla oli käytetty fyysistä liikkumisen rajoittamista. Esimerkkitalanteiden kuvailu

tuotti monipuolista aineistoa. Hoitajien oli helpompi vastata näistä tilanteista esitettyihin lisäkysymyksiin kuin pelkkiin yleisiin kysymyksiin. Esimerkiksi voitiin kysyä: "kuka kuvailemasasi tilanteessa päätti rajoitteen käytöstä" sen sijaan, että olisi kysytty "kuka yleensä päättää rajoitteiden käytöstä".

#### 4.1 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastatteleamalla kuutta hoitajaa pääkaupunkiseudun kaupungin sairaalaan yhdellä osastolla. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2010 kahdeksassa päivässä, hoitajien työaikana heidän itse valitseminaan ajankohtina. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja opinnäytetyön tekijän toteuttamia. Haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin haastattelutilanteiden luonnollisuuden ja sujuvuuden vuoksi sekä myöhemmän aineiston analysoinnin helpottamiseksi ja haastattelumateriaalin autenttisen tallentamisen varmistamiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2009, 92).

Haastatelluista kuudesta hoitajasta kolme oli sairaanhoitajia ja kolme perushoitajia. Sairaanhoitajien ja perushoitajien vastaukset eivät poikenneet erityisesti toisistaan, joten tunnistettavuuden häivyttämiseksi haastateltujen ammatteja päätettiin olla raportoimatta tuloksissa. Opinnäytetyön tekijän tiedossa on vastauksien antajien koulutus merkittyinä numerokodeilla sisällönanalyysiin. Myöskään haastateltavien sukupuolta ei eritellä tässä opinnäytetyössä tunnistettavuuteen liittyvistä syistä.

Haastateltavien taustatiedoista kysyttiin ammattinimikkeen lisäksi työvuosien määrä kyseisellä osastolla ja hoitoalalla. Haastateltujen hoitajien joukko oli näinkin pieneksi joukoksi melko heterogeeninen. Osa hoitajista oli hyvin kokeneita, osa työuran alussa ja osa siltä väliltä. Työkokemus osastolla vaihteli alle vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Työkokemus hoitoalalla vaihteli viidestä vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen. Työsuhteen laatua tiedusteltiin vain keston osalta. Taustatietojen vaikutusta hoitajien vastauksiin ei tutkittu tässä opinnäytetyössä.

Osastonhoitaja esitteli opinnäytetyön esittelykirjeen osastolla (liite 2). Haastatellut hoitajat valikoituivat hieman eri tavoilla. Ensimmäinen vapaaehtoinen ilmoittautui osastonhoitajalle, joka ilmoitti henkilön opinnäytetyön tekijälle. Häntä tapaamaan mennessä haastattelijalle ilmoittautui muutama henkilö, jotka olivat lukeneet osastolle toimitetun tiedotteen. Loput haastatellut löytyivät osastolla haastatteluajkojen sopimisen yhteydessä joko siten, että työvuorossa olevilta tiedusteltiin sattumanvaraisesti tai niin, että haastatteluihin suostuneet ehdottivat, keneltä voisi vielä kysyä. Ketään ei painostettu osallistumaan. Yksi ehdotetuista kieltäytyi kysyttäessä, ja siihen tyydyttiin heti.

Osasto, jolla haastattelut toteutettiin, on pääkaupunkiseudun terveystieteiden alaisen akuuttisairaalan vuodeosasto. Potilaspaikkoja on 26. Hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitajia sekä perus- ja lähihoitajia. Osaston moniammatillisessa tiimissä työskentelee myös 1,5 fysioterapeuttia, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä joka työskentelee myös muilla osastoilla. Osastolla hoidetaan aikuisia perusterveydenhuollon tasoista osastohoitoa tarvitsevia potilaita esim. sisätautipotilaita sekä kirurgisia ja neurologisia potilaita. Osastolla hoidetaan paljon vanhuspotilaita. Potilaat eivät asu osastolla pysyvästi, mutta heidän joukossaan on potilaita, jotka tulevat akuuttihoitoon pysyvästä laitosasumisesta tai odottavat osastolla pysyvän laitoshoitopaikan vapautumista. Opinnäytetyön tekijä työskentelee samassa sairaalassa, mutta eri osastolla, jolla haastattelut tehtiin.

Haastateltavien määrässä päädyttiin kuuteen hoitajaan. Alkuperäisessä suunnitelmassa arvioitiin viiden haastattelun olevan riittävä määrä ammattikorkeakoulutasoisen opinnäytetyön aineistoksi. Viiden haastattelun jälkeen kuitenkin koin epävarmuutta aineiston kylläntymisestä ja päätin tehdä vielä yhden haastattelun. Tällöin aineistoksi muodostui kolmen sairaanhoitajan ja kolmen perushoitajan haastattelut. Aineiston kylläntymisellä eli saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että samat asiat alkavat kertaantua aineistossa (Hirsjärvi ym. 2005, 171). Kuuden haastattelun jälkeen aineisto alkoi vaikuttaa riittävältä kuvaamaan ilmiötä. Haastatteluissa keskityttiin pieneen ryhmään myös siksi, että aikataulun ja resurssien, yksi ensikertalainen tekijä, puitteissa olisi mahdollisuus perehtyä syvällisesti aineiston analysointiin.

Aineiston keruumenetelmiä valitessa harkittiin myös ryhmähaastattelutilanteen järjestämistä. Lähtökohtaisesti on uskottavaa, että ihminen pyrkii haastattelutilanteessa kertomaan totuuden, mutta ryhmän läsnäolon vaikutusta ei voi aliarvioida. Henkilö voi esimerkiksi kokea loukkaavansa työtovereitaan arvostelemalla yleisiä tai yksittäisiä näkemiään toimintatapoja. Lisäksi ryhmähaastattelutilanteen hallitseminen on kokemattomalle haastattelijalle haastavampi kuin yksilötilanteet. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 62.)

Haastattelussa selvitettiin myös hoitajien tietoa ja käsityksiä fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta koskevista ohjeista ja liikkumisen rajoittamisen seurauksista. Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritäkään mittaamaan määrää, ryhmässä voi kuitenkin saada luotettavan tiedon vain ensimmäisen vastaajan tiedoista. Koska haastattelut tehtiin hoitajien työpaikalla ja työaikana, oli osallistujien myötämielisyyden ja kiinnostuksen ylläpitämisen kannalta järkevintä, että haastatteluihin käytetty aika ei venynyt enimmillään käytettyä tuntia pidemmäksi.

Yksilöhaastattelut valittiin menetelmäksi myös siksi, koska vanhuksen fyysisestä liikkumisen rajoittamista voidaan pitää arkana aiheena hoitotyössä. Haastateltujen hoitajien tunnistetta-

vuuden välttämiseksi tässä opinnäytetyössä on myös päädytty olemaan ilmoittamatta nimeltä sairaalaa ja osastoa, jolla haastattelut on tehty.

Ennen varsinaisia haastatteluja toteutettiin harjoitushaastattelu ulkopuoliselle henkilölle, joka oli myös hoitaja. Näin saatiin tietoa kysymysten toimivuudesta ja haastattelun kestosta. Sen perusteella kysymyksiä vielä lisättiin. Harjoitus tehtiin myös haastattelemisen harjoittelun vuoksi, koska haastattelijalla ei ollut aiempaa kokemusta haastattelemisesta.

Varsinaisten haastattelujen tilana käytettiin viereisellä osastolla sijaitsevaa rauhallista huonetta. Osastot erottaa toisistaan yksi ovi, joten haastateltavat eivät joutuneet poistumaan kauas omalta osastoltaan. Haastattelujen ajaksi käyttöön saatu tila osoittautui erittäin sopivaksi, ja kuuden haastattelun aikana tapahtui vain kahdesti nopea keskeytys jonkun hakiessa tavaraa huoneen kaapista. Huone oli viihtyisä ja valoisa, ja sen paksu palo-ovi ääntä eristävä. Tulkintani haastattelutilanteista oli, että haastatellut kertoivat rehellisesti ja avoimesti toteuttamastaan hoitotyöstä. Olen siitä erittäin kiitollinen tutkimukseen osallistuneille hoitajille.

#### 4.2 Aineiston käsittely ja hävittäminen

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroinnin jälkeen nauhoitukset hävitettiin haastattelijan eli opinnäytetyön tekijän toimesta poistamalla ne nauhurista. Litteroinnit ovat tutkijan hallussa ja säilytetään tutkimuksen oikeellisuuden todistamisen vuoksi. Litteroinnit eivät sisällä tunnistetietoja. Niiden sisältöä on käytetty vain tämän kyseisen opinnäytetyön teossa, eikä niitä luovuteta eteenpäin.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Sisällönanalyysissä aineisto luokitellaan erotellen samanlaisuudet ja erilaisuudet tutkimusaineistosta. Näin aineisto tiivistetään muotoon, jossa sitä voidaan helpommin tarkastella ja huomata tutkittavien ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Aineistosta pyritään etenemään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä tiivistämällä ja selkeyttämällä alkuperäistä ilmaisua sitä kadottamatta ja muuttamatta. Aineiston analysoinnissa voi edetä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, koska tutkimuksen tulokset nousivat haastattelujen sisällöstä eli kerätystä aineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24; Tuomi & Sarajarvi 2002, 115.)

Käytännössä sisällönanalyysia voidaan toteuttaa esimerkiksi pilkkomalla aukikirjoitettu aineisto vaiheittain pienempiin osiin. Valitaan analyysiyksikkö, esimerkiksi yksittäinen sana, lause

tai ajatuskokonaisuus jonka perusteella aineistosta poimitaan osia. Poimitut alkuperäisilmaisut redusoidaan eli pelkistetään tiiviimpään muotoon. Aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään edelleen yhdistäviin ala- ja yläluokkiin, näin samaa tarkoittavat sisällöt tiivistetään yleisemmiksi käsitteiksi. Klusteroinnista edetään aineiston abstrahointiin eli käsitteellistämiseen eli aineistosta nousevan informaation tiivistämiseen johtopäätöksiin ja teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115).

Analyysin teko aloitettiin lukemalla aineistoa läpi. Opinnäytetyön kaikki vaiheet on toteuttanut työn tekijä, joten aineisto oli tullut myös tutuksi jo haastattelutilanteissa ja litteroidessa. Sisällönanalyysi eteni ohjaus- ja palautetilaisuuksissa. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Ensikertalaisena olin ymmärtänyt induktiivisen analyysin hieman väärin ja tutkimuskysymykset unohtaen lähdin ryhmittelemään kaikkea aineistosta löytämäni. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa on paljon ja osa on rajattava pois lopullisesta raportoinnista (Hirsjärvi & Hurme 2009, 193). Tutkimuskysymyksiä, haastattelujen teemoja ja kerättyä aineistoa tarkasteltaessa nyt kuitenkin havaittiin, etteivät ne olleet täysin linjassa keskenään. Haastattelujen teemoja oli jo lähdetty rakentamaan laajemmiksi kuin tutkimuskysymysten selvittämisen osalta olisi ollut tarpeellista. Koska käsissä oli tutkimuskysymyksiin verrattuna melko rikas aineisto, päädyttiin ratkaisuun muokata toisen tutkimuskysymyksen muotoa siten, että se mahdollisti fyysisen liikkumisen rajoittamisen luonteen tarkastelun hieman laajemmin.

Ajatuskokonaisuuksien kerääminen aineistosta toteutettiin esittämällä aineistolle kysymyksiä. Litteroinneista poimittuja vastauksia näihin esitettyihin kysymyksiin koottiin yhteen tietokoneella ”kopioi” ja ”liitä” toiminnoilla. Ajatuskokonaisuuksia pelkistettiin selkeämmiksi ilmauksiksi, ja niistä nousevien yhtäläisyyksien perusteella klusteroitiin eli ryhmiteltiin edelleen alaluokiksi ja alaluokkia yhdistäviksi pääluokiksi. (liite 4) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tämä voidaan katsoa olevan riittävää empiirisen aineiston teoriatasolle viemistä.

## 5 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullista tutkimusta arvioidaan uskottavuuden, luotettavuuden, siirrettävyyden ja vahvistettavuuden perusteella. Uskottavuuden osatekijöitä ovat totuudellisuus, sovellettavuus, neutraalius ja pysyvyys. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä tutkimuskontekstin ulkopuolelle vastaavaan kontekstiin. Se ei kuitenkaan tarkoita toistettavuutta, koska laadullisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmät, kuten ihmisten haastatteleminen, on ainutlaatuinen tapahtuma eikä täysin samanlaisena toistettavissa. Vahvistettavuutta arvioidaan vertaamalla tuloksia aiempiin tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.)

Luotettavuutta arvioidaan tutkimuksesta suorittamisen ja ulkoisten tekijöiden vaikutuksen näkökulmista. Tutkimuksen luotettavuus koostuu kokonaisuudesta ja sen sisäisestä johdonmu-

kaisuudesta eli koherenssista, eli siitä miten eri vaiheet ovat linjassa keskenään. Kaikkien vaiheiden suorittamisen tarkka kuvaaminen on tärkeää. Myös ulkoisten olosuhteiden ja muiden inhimillisten tekijöiden kuvaaminen vie lähemmäs totuutta, johon laadullisessa tutkimuksessa pyritään. Tutkimus tulee olla tehty tieteellistä tutkimusta yleisesti ohjaavien periaatteiden mukaisesti. Ulkopuolinen henkilö tarkastaa tutkimusprosessin toteutumisen. Lopullista luotettavuuden arviointia tekevät laadullisen tutkimuksen lukijat sen perusteella, miten hyvin tutkija on onnistunut prosessia ja olosuhteita kuvaamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–140.)

Laadullista tutkimusta arvioidaan myös sen validiteetin perusteella eli sen perusteella, onko onnistuttu tutkimaan sitä, mitä on ollut tarkoitus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Tulosten face-validiteettia voidaan vahvistaa esittelemällä tuloksia henkilölle, jolle tutkittava ilmiö on tuttu (Janhonen & Nikkonen 2001, 37).

Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa sen laatu. Aineiston laatuun voi vaikuttaa valmistautumalla huolellisesti haastattelutilanteeseen esimerkiksi hyvällä haastattelurungolla, pohtimalla mahdollisia lisäkysymyksiä ja huolehtimalla ulkoisista tekijöistä kuten nauhurin toiminnasta ja rauhallisesta haastattelupaikasta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 184–185.)

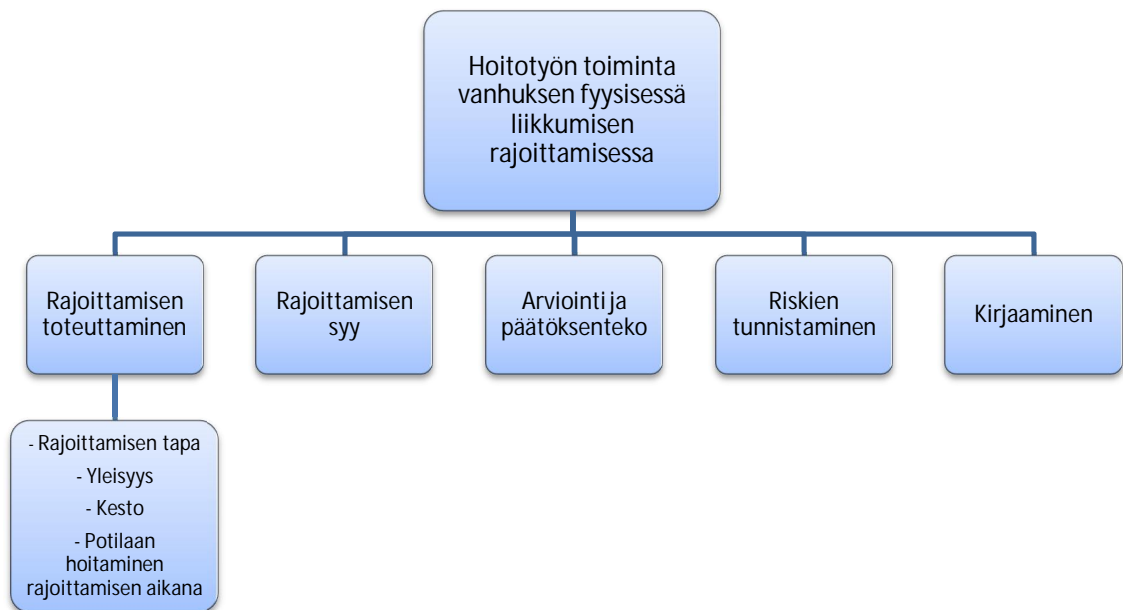
Tutkimuslupa tämän opinnäytetyön toteuttamiseen on haettu ja myönnetty Helsingin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä TUTKA:lta. Opinnäytetyön tekijä on sitoutunut noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita työn kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2005, 26–28).

Haastateltavat lukivat ja allekirjoittivat suostumuksen osallistumisesta (liite 3). He olivat tietoisia siitä, että tutkimukseen osallistuminen oli mahdollista peruuttaa allekirjoituksesta huolimatta kesken haastattelunkin. Haastatellut hoitajat säilyvät anonyminä ja tuloksista on parhaan taidon mukaan häivytetty tunnistettavuuteen liittyvät seikat. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2005, 221.)

## 6 Tulokset

### 6.1 Hoitotyön toiminta vanhuksen fyysisessä liikkumisen rajoittamisessa

Fyysisen liikkumisen rajoittamisen luonnetta vuodeosaston hoitotyössä tarkasteltiin seuraavien teemojen valossa: rajoittamisen syyt, toteuttaminen, kirjaaminen, rajoittamiseen liittyvien riskien tunnistaminen, päätöksenteko ja arvioiminen. Näiden teemojen lisäksi haastattelussa käsiteltiin fyysisille rajoitteille vaihtoehtoisia hoitotyön toimintatapoja (liite 1).

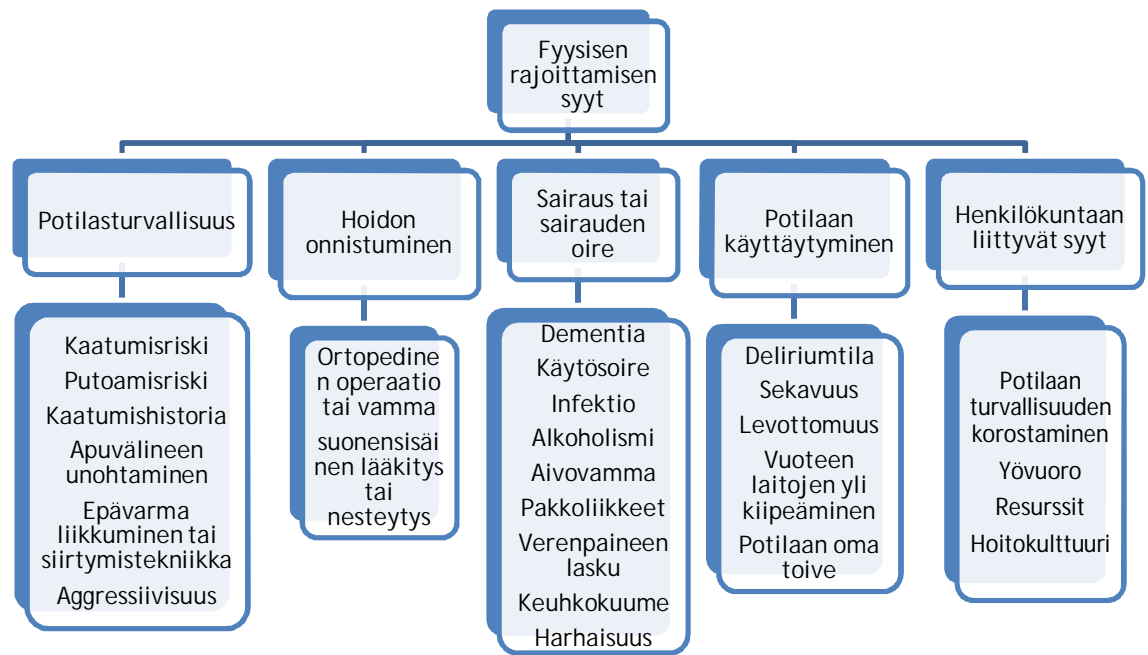


Kuvio 2. Hoitotyön toimintaan liittyvät tekijät

#### 6.1.1 Rajoittamisen syyt

Vanhuspotilaan hoitotyössä fyysisiä liikkumisen rajoitteita käytettiin potilasturvallisuuden, hoidon onnistumisen, vanhuksen sairauden tai sairauden oireen, vanhuksen käyttäytymisen tai henkilökuntaan liittyvien syiden takia. Rajoitteiden käyttöön saattoi johtaa yksi tai useampi tekijä samanaikaisesti. Yleisin perustelu potilaan sitomiseen oli turvallisuudesta huolehtiminen. Potilaita jouduttiin sitomaan, koska jatkuvan valvonnan järjestäminen ei ollut mahdollista. Vanhuksen muistihäiriö tai sekavuustila liittyi useimpiin niistä tilanteista, joissa hoitajat käyttivät fyysistä liikkumisen rajoittamista.





Kuvio 3. Fyysisen rajoittamisen syyt

Fyysisiä liikkumisen rajoitteita käytettiin potilaan kaatumisen tai putoamisen estämiseksi. Potilaalla arvioitiin olevan riski kaatua tai pudota, tai tapaturma oli jo tapahtunut. Kaatumisriskiin liittyi usein potilaan muistamattomuus. Dementiaa sairastava vanhus altistui fyysiselle liikkumisen rajoittamiselle, jos liikkumiskyky oli heikentynyt ja hän esimerkiksi tarvitsi liikkumisen apuvälinettä. Potilas saatettiin sitoa, koska unohti liikkumisen apuvälineen tai lähti liikkeelle ilman saattajaa.

*"Potilas on huono liikkumaan ja hyvin dementti. Jalat kantaa erittäin huonosti, ajoittain ne saattaa kantaa silleen et potilas pääsisi itse liikkeelle mutta löytys hyvin pian lattialta, toisin sanoen kaatumisvaara on erittäin suuri jos jätettäis ilman turvavyötä pyörätuoliin jonnekki päiväsaliin."*

*"Mut meillä on niin paljon noit dementikoita justiin nyt tällä hetkellä, alzheimerintautia sairastavia, et ymmärrä omaa turvallisuutta ja lähtee kävelemään ilman apuvälineitä sitte jos ei oo sidottu."*

Potilaan turvallisuutta painotettiin. Yksin liikkuminen voitiin estää fyysisillä rajoitteilla kunnes turvallisesta liikkumisesta oli varmistuttu.

*"Varmaan meillä on et sen potilaan turvallisuuden takia nostetaan ne laidat ylös, että nähdään varmasti et potilas pystyy itsenäisesti liikkumaan."*

Putoamisriskin takia rajoitteita voitiin käyttää vuoteessa ja erilaisissa tuoleissa. Potilaan voitiin katsoa olevan vuoteesta putoamisriskissä nukkuessaan tai hereillä ollessaan, jos hän oli

levoton ja sekava. Joitain potilaita sidottiin tuoliin koska he istuessaan valuivat tai valuttivat itsensä lattialle. Myös somaattinen sairaus tai fyysinen heikkous saattoi aiheuttaa rajoitteen käytön tarpeen. Akuutisti sairailta vuodepotilailla laitoja käytetään ympäri vuorokauden. Fyysisesti hauras potilas saattoi tarvita turvavyötä pysyäkseen tuolissa ilman, että olisi edes pyrkimässä tuolista pois. Tällaisen liikkumisen rajoittamisen tarpeen hoitajat kertoivat aiheutuneen esimerkiksi vanhuksen keuhkokuumeesta tai muusta infektiosta.

Yksittäisissä esimerkeissä niillä potilailla, joiden liikkumista oli rajoitettu sairauden tai sairauden oireen takia, oli aivovamma, pakkoliikkeitä, harhaisuutta tai taustalla runsasta alkoholinkäyttöä. Potilaan liikkumista oli rajoitettu myös liikkuesssa tapahtuvan verenpaineen laskun aiheuttaman pyörtymisriskin vuoksi. Yleisin sitomiseen johtanut sairaus oli jostain muistisairaudesta johtuva vanhuksen dementoituminen. Yhdessä haastattelussa tuotiin esiin dementoituneen käytösoire sitomisen syynä, mutta oiretta ei kuvailtu tarkemmin.

Potilas voitiin joutua sitomaan myös muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden vuoksi. Haastatteluissa kerrottiin kaksi tilannetta, joissa toisten potilaiden ja hoitajien oma turvallisuus oli ollut vakavasti uhattuna. Molemmissa tilanteissa hoitajat olivat kutsuneet lisäapua paikalle eli sairaalassa päivystävän vartijan. Hoitajien ripeä toiminta oli estänyt ketään loukkaantumasta. Välitön ratkaisu tilanteissa oli turvata muut ihmiset ja aggressiivisesti käyttäytyvä potilas sitomalla hänet magneettivyöllä vuoteeseen. Tämän jälkeen potilaat rauhoitettiin lääkityksellä.

*”Meidän oli pakko saada se potilas pois sieltä huoneesta koska tilanne näytti siltä et se just hujauttaa sitä mummoo kepillä tai siis yrittää lyödä. Oli sen näkönen että hän menee päälle justiin, sit me tehtiin niin että ”yks kaks kolme” ja otettiin kiinni, kuultiin että samalla ovi kävi ja oltiin sanottu vartijalle mikä huone et hän tiesi oikeeseen paikkaan tulla. Kolmestaan saatiin hänet tuohon käytävään asti ja sit ei me meinattu pärjätä kun se oli ihan hullun raivoova. Vartija soitti sitte toisen vartijan ja mun työpari soitti päivystävälle et mitä me voidaan antaa sille ja tuutko kattoo. Sit tuli lääkäri käymään täällä ja piikkinä sai sit rauhoittavaa lääkettä ja me laitettiin magneettivyö sänkyyn ja vartijat kaato hänet sänkyyn. Potilas oli meillä sit tossa käytävällä loppuyön et pystyttiin seuraamaan. Käytiin monta kertaa lääkitsemässä ennen kun hän nukahti. Et vaikka en tykkää noita magneetivöitä tykkää kenellekään laittaa, mut sillan mä ajattelin et luoja kiitos joku on keksiny nää.”*

Ortopedinen operaatio tai vamma altisti dementiaa sairastavan tai leikkauksen jälkeisessä deliriumtilassa olevan vanhuksen fyysisille liikkumisen rajoitteille. Ortopedisestä leikkauksesta toipumisen tai kipsaamalla hoidettavan murtuman takia raajalle varaaminen voi olla kielletty. Vanhus ei muista liikerajoitusta, ja hoidon onnistumisen vuoksi fyysistä liikkumisen rajoittamista käytettiin. Potilaan liikkumiskyky voi myös olla operaation jälkeen tilapäisesti heikentynyt. Sekavassa mielentilassa potilas luulee kykenevänsä kävelemään kuten ennenkin ja on siksi vaarassa loukkaantua.

*"Just tää dementia kun ei muista...siinähan se on. Ja sitte jos on joku liikerajoitus, leikattu vaikka joku lonkka tai sääri, se on niille muistutus siitä, että nyt on tää ettei saa lähteä."*

*"Tällä potilaalla oli olkapään murtuma sillon alkuun, sit piti kuitenkin nostaa tuoliin hänet et pystyy liikkua ollenkaan. Et varmaan sillon oli ihan selvää et laitetaan turvavyö ettei hän liiku siitä lattialle tai johonki."*

Sekavuus ja levottomuus yhdistettynä suonensisäisen lääkityksen tai nesteytyksen tarpeeseen saattoi johtaa yhden tai molempien käsien sitomiseen. Alaraajojen sitomista ei tullut esiin. Potilaiden kädet jouduttiin sitomaan, koska he yrittivät repiä tippaa irti ja hoitohenkilökunnan tulkinta tilanteesta oli, että he olivat liian sekavassa mielentilassa kyetäkseen harkittuun päätökseen hoidosta kieltäytymisestä.

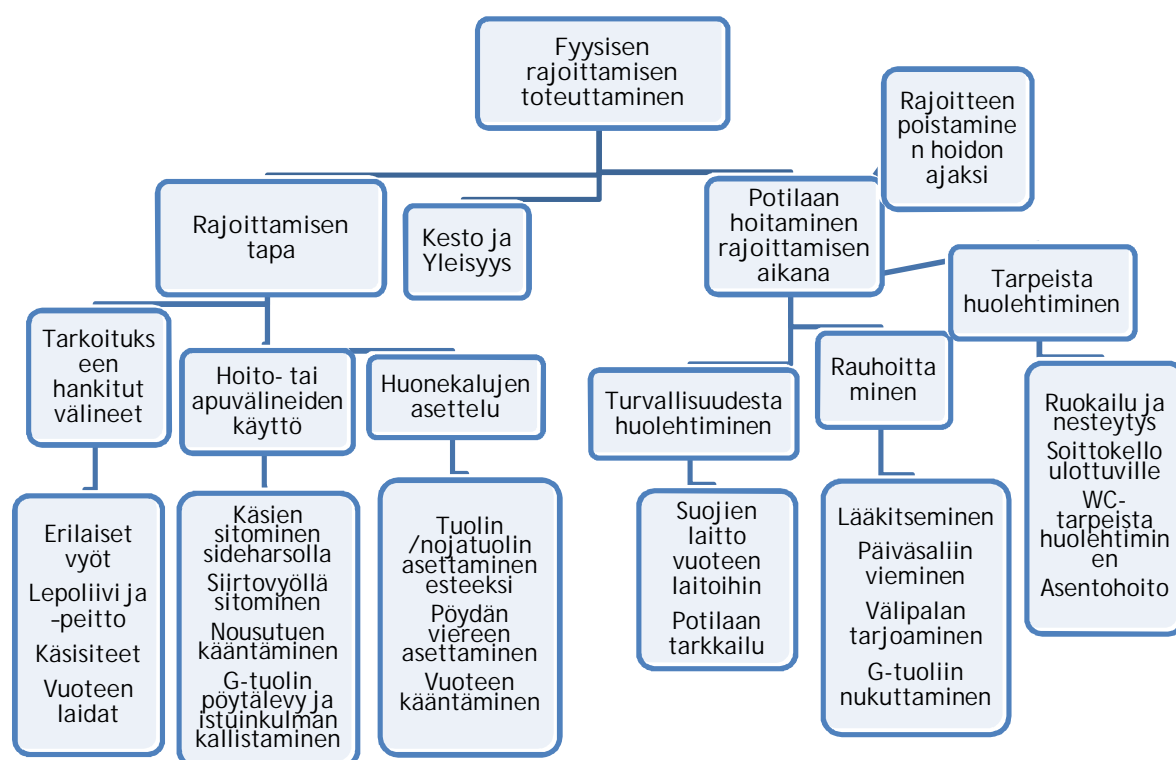
*"Oli pakko saada iv-antibiootit tippumaan ja me pantiin semmoset tarra-nauhoilla ne rannekkeet siks aikaa kiinni et antibiootti tippu. Sit otettiin käsi irti. Hänellä oli toinen puoli halvaantunut ja sillä terveellä kädellä yritti saada sitä pois. Samaa teki muukin vuoro sit."*

Sekavuus ja levottomuus sitomisen syynä mainittiin jokaisessa haastattelussa. Hoitajat myös puhuivat vanhuksen deliriumtilasta ja kertoivat deliriumin olevan yleistä osastolla hoidettavilla vanhuksilla. Potilaan käyttäytymisessä sitomisen syyksi mainittiin muutamia kertoja myös vuoteen laidan yli kiipeäminen. Jotkut potilaat olivat itse aloitteellisia liikkumisensa rajoittamiseen tai olivat niin tottuneita siihen, että alkoivat itse pyytää sitä. Hoitajat kertoivat vuoteen laidan nostamisen lisäävän joidenkin potilaiden turvallisuuden tunnetta. Näiden potilaiden kohdalla hoitaja ei itse välttämättä pitänyt laidan nostamista tarpeellisena mutta toteutti potilaan toiveen.

#### 6.1.2 Rajoittamisen toteuttaminen

Potilaan fyysistä liikkumisen rajoittamista toteutettiin osastolla erilaisilla tarkoitukseen hankituilla välineillä, siirtämällä huonekaluja tai käyttämällä hoito- ja apuvälineitä vanhuksen vapaan liikkumisen estämiseen. Hoitajat arvioivat, että fyysisiä liikkumisen rajoitteita käytettiin päivittäin vanhuspotilaiden hoitotyössä. Päivittäin käytettyjä tapoja rajoittaa vanhuksen liikkumista olivat vuoteen laidat, turvavyöt ja pöydillä rajoittaminen.

Yleisin liikkumisen rajoittamisen tapa on ylös nostetut vuoteen laidat. Muita fyysiseen liikkumisen rajoittamiseen tarkoitettuja välineitä osastolla olivat erilaiset vyöt: magneettivyö, turvavyö ja haaravyö, haarakiilaton lepoliivi, lepopeitto, käsitarrat ja käsimagneetit. Vuoteessa niistä vartalon kiinnitykseen käytettiin laitoja, magneettivyötä ja lepoliiviä. Lepopeitto kuului osastolta löytyviin fyysisen liikkumisen rajoittamisen välineisiin, mutta sen maininneet hoitajat eivät muistaneet, että sitä olisi lähivuosina käytetty.



Kuvio 4. Fyysisen rajoittamisen toteuttamiseen liittyvät tekijät

Hoito- tai apuvälineitä, joita oli käytetty liikkumisen rajoittamistarkoituksessa, olivat sideharsot, nousutuki, siirtovyö ja rollaattori. Sideharsoa oli käytetty käsien sitomiseen infuusion aikana. Käsien sitomiseen käytettiin kuitenkin useammin tarkoitukseen suunniteltuja tarra- tai magneettirannekkeita. Vuoteen laitaan asetettava nousutuki oli käännetty toisinpäin tarkoituksena rajoittaa vuoteesta nousemista tai putoamista. Rollaattori oli asetettu tiiviisti vuoteeseen kiinni, jotta se estäisi vuoteesta nouseminen. Nosto- ja siirtovyötä käytettiin turvavyönä eli tuoliin sitomiseen.

*"No just niinku noin et sä paat jotain esteitä, et esimerkiksi vaikka jos siinä sängyssä ei olisi laitaa, ni nojatuoli taikka sitte rollaattori pannaan siihen ihan sänkyyn kiinni. Jotain tällösiä esteitä, ni sekin monesti on sit et potilas huomaa et tässä nyt on näin, ei kauheen usea potilas lähde sit kiipeämään niitten yli."*

Geriatrisessa hoitotuolissa vanhuksen nousemisen tai putoamisen estämiseen käytettiin tuolin pöytälevyä tai istuinkulman kallistamista. Geriatrisessa tuolissa potilaan liikkumista rajoitettiin myös haaravyöllä, lepoliivillä, ja turvavyöllä. Pyörätuolissa istuvalla voitiin käyttää haaravyötä, turvavyötä, siirtovyötä, pöydän eteen asettamista ja lepoliiviä. Tavallisessa tuolissa

nousemisen tai lattialle valumisen esteenä käytettiin turvavyötä tai tuolin asettamista tiivistä pöydän ääreen.

*"Voi olla se pöytä siinä edessä, et tietää et potilaalla ei oo niin paljon voimaa et jaksaa sitä siirtää ja päästä mahdollisesti liikkeelle."*

Lisäksi yksi tapa rajoittaa huonekalua siirtämällä liikkumista oli kääntää vuode pitkittäin seinään kiinni ja nostaa laita toiselle puolelle.

*"Monesti riittää just että siinä on se laita ylhäällä, tai sänky niin et on seinnä vasten ja vain toisella puolella se laita, et voi rauhottuu tämmösellä"*

Kaikki hoitajat kertoivat käyttävänsä potilaan fyysistä liikkumisen rajoittamista työssään hoitokeinona. Vuoteen laitojen nostamista ja turva- tai haaravöitä käytettiin päivittäin. Kuitenkaan turvavyöllä sitomista ei käytetty kovin monella potilaalla samanaikaisesti. Myös pöydällä liikkumisen rajoittamista toteutettiin päivittäin muun muassa ruokailutilanteissa, joina osastolla on tapana tuoda potilaita päiväsaliin syömään. Magneettivyön käyttö oli harvinaisempaa, arvioiden mukaan kuukausien välein toteutettava fyysisen liikkumisen rajoittamisen muoto. Kaikki haastateltavat olivat joskus tarvinneet sitä työssään vanhuspotilaan hoidossa. Yöaika lisäsi vuoteen laitojen käyttöä. Sitä perusteltiin sillä, että öisin osastolla on vain kaksi hoitajaa.

*"Laidat on aika paljon meillä ylhäällä ja varsinkin yöaikaan"*

*"Kun siellä ei pysty sitä koko kaheksaa tuntia vuorossa olemaan ja vahtimaan. Esimerkiksi öisin yleensä nostetaan ne laidat ylös kun on kaksi yököön ni eihän sitä pysty kahestaan vahtimaan. Esimerkiks on käyny just että on liukunu lattialle ja ollu siinä lattialla sit."*

Rajoitteen yhtäjaksoisen käytön kesto vaihteli. Haastateltavat arvioivat esimerkiksi tuolissa turvavyön käytön kestävän noin puolesta tunnista korkeintaan kolmeen tuntiin. Pitempiä aikoja esimerkiksi yön yli, saattoi kestää magneettivyöllä rajoittaminen tai suonensisäisen nesteytyksen ajaksi käden sitominen.

Useimmat hoitajat kertoivat perustelevansa potilaalle hoitotilanteissa rajoitteen käytön tai ainakin sanovansa, mitä tekevät, kun asettavat rajoitteen.

Keskeisimmät asiat, joita hoitajat kertoivat potilaan hoitamisesta rajoitteen käytön aikana, liittyivät potilaan tarpeista ja turvallisuudesta huolehtimiseen ja potilaan rauhoittamiseen. Yhdessä haastattelussa tuotiin esiin liikkumisen rajoitteen poistaminen potilaan hoidon ajaksi.

Potilasta hoidettiin sitomisen aikana huolehtimalla nesteytyksestä ja ruokailusta, asennonvaihdoista ja wc-tarpeista ja antamalla hoitajan kutsukello ulottuville. Turvallisuuden takamiseksi valvontakäyntejä huoneeseen lisättiin tai potilaan vuode tai tuoli, mihin hänet oli

immobilisoitu, voitiin tuoda käytävälle tai päiväsaliin. Levottoman potilaan rauhoittaminen tapahtui lääkähoidolla tai hoitotyön keinoin kuten antamalla potilaalle välipalaa, suuntaamalla huomio muuhun esimerkiksi TV:n ääreen tuomalla tai nukuttamalla tuoliin geriatrisen tuolin istuinkulmaa kallistamalla.

### 6.1.3 Arviointi ja päätöksenteko



Kuvio 5. Arviointiin ja päätöksentekoon sisältyvät tekijät

Fyysisen liikkumisen rajoitteen käytöstä potilaan hoidossa päätti useimmiten hoitaja ja lääkäri. Hoitajat korostivat moniammatillista yhteistyötä potilaan hoitoa koskevassa arvioinnissa ja päätöksenteossa, ja myös fysioterapeutilla oli iso rooli rajoitteiden käytön arvioinnissa. Fysioterapeutti osallistui hoitotilanteissa ja viikoittain pidettävissä kuntoutuskokouksissa potilaan kuntoutumisen arviointiin ja vaikutti itsenäisesti rajoittamisen lopettamiseen vaihtamalla vuoteen laidan nousutukeen. Potilas päätti rajoitteen käytöstä, jos hän itse halusi sitä käytettävän tai joissain tilanteissa käyttämättä jättämisestä, jos suhtautui hyvin ahdistuneesti rajoitteeseen. Hoitajan arvio turvallisuusriskistä useimmiten ylitti potilaan oman toiveen. Potilasta voitiin myös osallistaa päätöksentekoon rajoittamisen käytön lopettamisesta ja hyödyntää tilannetta tavoitteisiin kannustamalla.

*"Ja sit voi olla että joskus kysyn ihan jopa, että lasketaanko laita alas, koska hänen on tarkoitus selviytyä jossakin vaikka vanhainkodissa tai kotona. Et olisi hyvä kokeilla sitä."*

Omaiset osallistuivat melko vähän päätöksentekoon rajoitteiden käytöstä. Yksi haastateltava kertoi heidän joskus toivovan fyysisen rajoitteen käyttöä potilaalle. Omaisen rooli muuten oli hyvin passiivinen, jopa niin, että omaiselle liikkumisen rajoittamisesta informointia ei pidetty kovin tärkeänä.

*"Ne ei käyny sit sinä aikana. Omaiset."*

*"On omaisia tällä potilaalla, mutta ei kauheen aktiivisesti käy katsomassa. Et he on varmaan nähny sitte ku on ollu käytössä mutta ei he oo ainakaan siihen mitenkään puuttunu."*

Rajoitteiden käyttöä arvioitiin lääkärinkierrolla, kuntoutuskokouksessa, hoitotilanteissa ja uuden potilaan tullessa. Viikoittain pidettävässä kuntoutuskokouksessa käsitellään potilaiden kuntoutumiseen liittyviä asioita ja siihen osallistuu ainakin hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä, usein myös osastonhoitaja. Potilaat eivät ole läsnä. Kuntoutuskokouksissa fyysisen liikkumisen rajoitteen käyttöä käsiteltiin satunnaisesti, yleensä hoitajan tai fysioterapeutin aloitteesta. Lääkärinkierroilla arvioiminen oli myös satunnaista. Hoitotilanteissa hoitajat arvioivat keskenään tai fysioterapeutin kanssa rajoitteiden käytön tarpeellisuutta perustuen potilaan liikkumiskykyyn ja kuntoutumisen edistymisen arviointiin.

*"No se oli siinä vaiheessa kun me tuotiin tätä kyseistä potilasta kävelytet-  
tiin toisen hoitajan kanssa päiväsalin. Tultiin siihen tulokseen että ehkä  
voidaan kokeilla ilman. Jotenki se liikkuminen on vähän parantunut ja hän  
ehkä ymmärtää paremmin. Ei oo lähtenyt omatoimisesti liikkeelle."*

Uuden potilaan tullessa osastolle luotettiin enemmän oman henkilökunnan potilaan tapaami-  
sen jälkeen tekemään tilannearvioon, kuin edellisestä hoitopaikasta saatuihin ohjeisiin. Uu-  
den potilaan tullessa osastolle häntä arvioitiin aktiivisesti. Hoitajien mielestä fyysisten liik-  
kumisen rajoitteiden käytön arviointi toteutui myös läpi potilaan hoitojakson.

Useimmat hoitajat kertoivat tekevänsä tilannekohtaisen arvion potilaan liikkumisen rajoitta-  
misen tarpeesta yksittäisissä tilanteissa. Arvio perustui potilaan liikkumiskykyyn ja käyttäyty-  
miseen, etenkin levottomuuteen tai rauhallisuuteen. Esimerkiksi jos katsottiin että potilas  
pystyi käymään itse turvallisesti wc:ssä, liikkumista ei ollut syytä rajoittaa laidalla tai muulla.  
Potilaan oma toive vaikutti myös tilannekohtaisissa päätöksissä joskus, etenkin jos hän oli  
itsekin rajoitteen asettamisen kannalla. Hoitaja arvioi potilaan liikkumisen rajoittamisen tar-  
peen oman kokemuksensa perusteella ja potilaasta olemassa olevan tiedon perusteella. Poti-  
laan ollessa levoton ja sekava tai jos hän oli kaatuillut lähihistoriassa, hoitajan oli tehtävä  
pätös liikkumisen rajoittamisesta potilaan turvallisuuden perusteella, vaikka potilas itse olisi  
toivonut toisin. Kaikki hoitajat eivät toteuttaneet tilannekohtaista harkintaa yksittäisissä liik-  
kumisen rajoitteen asettamistilanteissa vaan perustivat päätöksensä yhteiseen periaatepää-  
tökseen rajoitteen käytön sallimisesta.

*"Ei kyl me pidetään se jos ollaan yhdessä päätetty niin me pidetään se siten, että ei lipsuta niissä päätöksissä, siinä voi potilas mennä itseksi sekasin."*

Fyysisten rajoitteiden käyttö ei kaikissa tilanteissa toteutunut sitä ohjaavien sääntöjen perusteella. Kaikki hoitajat tiesivät, että vain lääkäriellä on valtuus päättää magneettivyyön käytöstä. Useimmat pyysivät lääkäriltä ohjeen mukaan magneettivyyöllä sitomisluvan myös kirjalliseksi. Rajoitteiden käyttöä ohjaavien sääntöjen tuntemisessa oli osin puutteita. Työpaikan ohjeen sisältö liikkumisesteiden, turvaliivien ja sidontajärjestelmien käytöstä ei ollut kovin tuttu eikä myöskään tieto, mistä ohje löytyy. Kaksi kuudesta haastatellusta hoitajasta tiesi, että potilaan sitominen turvavöillä ja muilla välineillä perustuu myös lääkärin periaatepäätökseen. Muut arvelivat itse voivansa päättää sitomisesta.

*"Toi magneettivyyö justinsa siinä on se lääkärin lupa sitte. Turvavyössä kylä välttämättä ei tarvi lääkärin lupaa jos me osataan ite arvioida se."*

*"Voi olla et ihan hoitajat päättää et laitetaan siks aikaa kun tiputetaan (raaja kiinni), et ei välttämättä oo kysyny lääkäriltä siihen lupaa."*

#### 6.1.4 Kirjaaminen

Potilaiden hoidossa käytettyjen fyysisten liikkumisen rajoitteiden kirjaaminen potilastietojärjestelmään toteutui vaihtelevasti. Vaihtelevuutta esiintyi kirjaamisen käytännöissä ja kirjaamisen sisällössä. Osastolla oli vain alle vuoden ajan tehty hoitosuunnitelmia valtakunnallisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä, joten hoitosuunnitelmien teko oli vasta kehittymässä. Fyysisten liikkumisen rajoitteiden käyttöä ei enimmäkseen ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan, mutta hoitajat olivat sitä mieltä, että se tulisi sisällyttää siihen.

Päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa rajoitteen käytön dokumentointi toteutui vaihdellen. Saatettiin kirjata liikkumisen rajoitteen käyttö perusteluineen ja myös se, jos potilas oli esimerkiksi ollut rauhallinen eikä rajoitteita ollut tarvinnut käyttää. Yksittäinen liikkumisen rajoitteen käyttö kirjattiin kuten esimerkiksi kertaluontoinen käden sitominen suonensisäisen lääkityksen vuoksi. Jokaista yksittäistä käyttökertaa ei välttämättä kirjattu sellaisen potilaan kohdalla, jonka liikkumista oli pitempiaikaisesti rajoitettu, vaan periaatepäätöksen rajoitteen käytöstä katsottiin riittävän. Rajoitteen käytön dokumentointi saattoi myös puuttua kokonaan.

*"Lukee että ei pysty itse liikkumaan, tarvii yhden-kahden talutusta kävelyharjoituksissa, mut yksin ei pysty liikkumaan. Turvavyöstä ei taida lukea mitään."*



Potilastietojärjestelmään kirjattiin lupa rajoitteen käyttöön useimmiten niin kutsutulle huomautusriville, joka sijaitsee päänäytöllä potilaan nimen ja henkilötietojen jälkeen. Kirjaamistila on siinä rajallinen, joten merkintä sisälsi pelkän luvan rajoitteen käytöstä, mutta ei perusteluja.

*"Se on kirjattu sinne potilaan tietoihin siihen huomautuskenttään (magneettivylölupa) et se siit näkyy aina kun avaa koneen, näkyy siinä heti saman tien."*

Vuoteen laitojen käytön kirjaaminen ei ollut tavallista muulloin kuin silloin, kun ne olivat erityisen tarpeellisia potilaalle. Tällöinkään ei kuitenkaan välttämättä kirjattu perusteluja.

*"Ja sitte huomautuskenttäänkin joskus että huom laidat yöksi ylös."*

*"Välttämättä ei lue aina tuolla potilastiedoissa koneella, et sit se on niinku tämmösenä meidän hoitajien keskenäisenä suullisena puheena. Et sitä vois kyllä itekkin usemmin kirjottaa sitä tonne, että se näkyis niinku konkreettisesti siellä kelle nostetaan laita ylös."*

#### 6.1.5 Riskien tunnistaminen

Fyysisten rajoitteiden aiheuttamat välittömät loukkaantumisen riskit ja psyykinen ahdistuminen olivat pitkäaikaisen vanhuksen liikkumisen rajoittamisen seurauksia paremmin tunnistettuja.



Kuvio 6. Hoitajien tunnistamat riskit vanhuspotilaan fyysisestä rajoittamisesta

Hoitajat arvelivat fyysisen liikkumisen rajoittamisen aiheuttavan vanhukselle eniten psyykkistä haittaa. Toinen hyvin tunnistettu riski rajoitteiden käytössä oli välittömän loukkaantumisen riski. Pitkäaikaisesta liikkumisen rajoittamisesta vanhukselle koituvia seurauksia ja riskejä hoitajat tunnistivat keskimäärin melko vähän. Vanhusten hoidosta lisäkoulutusta saanut hoitaja tunnisti pitkäaikaisen käytön riskejä eniten. Jotkut haastatellut eivät tunnistaneet pitkäaikaisen rajoittamisen seurauksia lainkaan.

*"Ei vahingoita. Päinvastoin suojaa sitä potilasta"*

Liikkumisen rajoittamisen riskit verenkierto- ja hengityselimistöille tunnistettiin painehaavariskin osalta, ja kaksi hoitajaa mainitsi trombiriskin. Rajoittamiseen käytettyjen välineiden katsottiin voivan aiheuttaa hankaumia. Yksi hoitaja osasi nimetä lihaskunnon heikkenemisen pitkäaikaisen liikkumisen rajoittamisen seuraukseksi. Riski inkontinenssiin mainittiin myös kerran.

*"No jos joku potilas on vaikka viikkotolkulla magneettivoimissa ni siinä varmaan ainaki jos ei muuta ni pitää ihon kunto huomioida. Kun senhän pitäis toisaalta olla aika napakasti kiinni kun muutenhan se magneettivoimakin on vaarallinen jos se on liian löysästi kiinni, ni saattaa vaikka tulla jotain haavumia tai jotain. Niin ja pitäis vaihtaa asentoakin."*

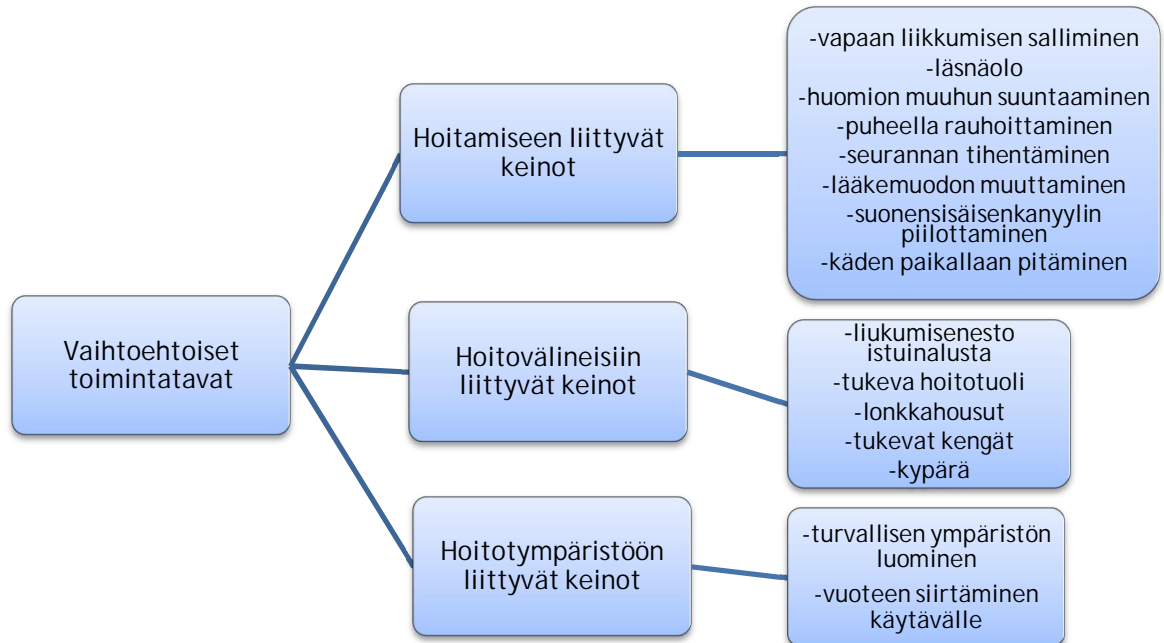
Hoitajat painottivat liikkumisen rajoittamisen välineiden oikeaa käyttöä. Useimmat pitivät välineitä turvallisina, jos ne olivat asetettu potilaalle oikein. Osastolla ei muistettu tapahtuneen välineisiin liittyvää tapaturmaa. Lepopeiton turvallisuutta epäiltiin eikä sitä ollutkaan vähään aikaan käytetty. Tärkeänä pidettiin turvata potilaan hyvinvointi sitomisen aikana ja huolehtia turvallisuudesta. Vuoteeseen sidotun potilaan sänky saatettiin tuoda käytävälle tai päiväsalin hoitajan näkyville ja laittaa laitojen päälle suojukset, ettei potilas vahingoita niihin itseään. Ainakin huoneessa käyntikertoja lisättiin.

Kaikki olivat huomanneet joidenkin potilaiden ahdistuvan rajoittamisesta tai ainakin arvelivat sen voivan aiheuttaa henkisiä tai psyykkisiä haittoja. Potilaan kokemus fyysisen rajoitteen käytöstä oli välittynyt hoitajalle myös omaisen kautta, kun potilas oli kertonut omaiselle ahdistuvansa magneettivoiman käytöstä. Turvavyön käyttö saattoi tuntua myös potilaasta epämuodokalta, jos se oli esimerkiksi liian kireällä. Jotkut potilaat ahdistuivat huomattavasti rajoitteen käytöstä ja yrittivät itse irrottaa sitä.

*"Useinhan tämmöstä on et potilas pyytää kaikkia ohikulkijoita et antakaa saksen ja aukaskaa tää."*

## 6.2 Vaihtoehtoiset hoitotyön toimintatavat

Fyysiselle liikkumisen rajoittamiselle vaihtoehtoiset toimintatavat hoitotyössä liittyivät hoitamisen tapaan, käytettäviin hoitovälineisiin tai hoitoympäristöön vaikuttamiseen.



Kuvio 6. Hoitajien nimeämät vaihtoehtoiset toimintatavat

Hoitamiseen liittyviä keinoja olivat kaatumisriskistä huolimatta potilaan vapaan liikkumisen salliminen, potilaan tihennetty seuranta, läsnäolo, puheella rauhoittaminen, lääkemuodon muuttaminen ja suonikanyylin piilottaminen. Sen sijaan, että raaja oli sidottu lääkkeen tiputuksen tai kanyylin asettamisen ajaksi, kättä oli pidetty paikallaan. Kiinni pitäminen on myös fyysistä rajoittamista, mutta yhdistettynä rauhoittavaan puheeseen ja huomion muualle suuntaamiseen se oli sitomista inhimillisempi vaihtoehto. Kun kyseessä oli sekava potilas jota koetettiin estää poistamasta suonensisäisiä hoitovälineitä, läsnäololla ja puheella rauhoittelulla oli myös kokonaan voitu välttää sitominen. Tämä edellytti tietenkin sitä, että hoitajalla oli yhden potilaan hoitoon aikaa käytettävinaan. Puheella rauhoitellessa koetettiin suunnata potilaan huomio muihin aiheisiin. Kanyyli voitiin myös piilottaa potilaan hihaan, milloin sekava potilas ei yritä poistaa kanyyliä koska ei näe sitä. Jotkut antibiootit tai lääkkeet voidaan antaa toisenlaisessa muodossa laskimonsisäisen tiputuksen sijaan, kuten injektiona lihakseen. Hoitaja voi tiedustella lääkäriltä levottoman potilaan lääkemuodon muuttamista sitomisen välttämiseksi.

Levottomaksi tiedetyn potilaan kohdalla, potilaan valvontaa lisäämällä oli pystytty välttämään varmuuden vuoksi sitomista.

*"Nyt hän oli ihan rauhallinen siellä, äskettäin nostettiin häntä vähän ylöspäin vuoteessa ja vähän aikaa siinä huoneessa muuten touhuttiin ja katottiin. Hän jäi hyvin levollisena sinne, et käydään vaan nyt useemmin kattoo sit et ei tarvitse laittaa kiinni."*

Yksi tapa lopettaa tai välttää kokonaan vanhuksen fyysinen immobilisoiminen oli päättää toimia toisin. Päätöksen rajoitteen käytön lopettamisesta oli tehnyt myös hoitaja, mutta epävarmassa tapauksessa, jossa potilaalla arvioitiin olevan suurentunut kaatumisen riski, päätös oli varmistettu lääkäriltä. Moniammatillisessa tiimissä lääkärin ja fysioterapeutin kesken oli uskallettu tehdä vapaan liikkumisen sallivia päätöksiä. Samalla oli myös suunniteltu, miten potilaan loukkaantumisriski minimoidaan jos kaatumisia sattuu.

*"Hän oli tämmönen psyykkisesti sairas mieshenkilö ja sitä ahdisti laidat kauheesti ja halus että ne olis ollu alhaalla mutta hän oli kaatunu useamman kertaan. Sitte tehtiin yhdessä lääkärin ja fysioterapeutin ja hoitajien kanssa päätös että okei, hankitaan hänelle lonkkahousut ja kypärä ja sitte kunnon kengät. Ja hän kyllä kaatu siitä varmaan viikon verran viis kertaa päivässä mutta ei koskaan loukannu itteensä. Mut sit liikkuminen parantu silleen että hän loppuvaiheessa ennen kun lähti meiltä pois, ni liikku ihan ilman apuvälineitä omatoimisesti."*

Fyysisen liikkumisen rajoitteen käyttö voitiin lopettaa näin sopimalla, että potilaan vapaa liikkuminen sallitaan tai lopettaa vaiheittain, jolloin vapaan liikkumisen kokeileminen toteutettiin päiväsaikaan ja öisin jatkettiin rajoitteen, kuten vuoteen laitojen, käyttöä. Liikkumisen rajoitteen käytön lopettaminen sellaisen potilaan kohdalla, jolla arvioitiin kuitenkin olevan loukkaantumisen riski, oli useammassa tapauksessa käynnistynyt siksi, että potilas oli ilmaissut ahdistuksensa liikkumisen rajoittamisesta. Potilas oli joko käyttäytynyt hyvin ahdistuneen oloisesti tai kertonut ahdistuksestaan hoitajalle tai omaiselle.

*"No meillä on ollu joitain semmosia hyvin ketteriä, muistamattomia, dementoituneita potilaita jotka tulee laitojen yli tai saattavat jopa saada ne kaikki magneettivyöt auki ja ahistuu siitä että heidät on laitettu sillä kiinni koska kokevat että eivät pääse mihinkään, ni ollaan sitte laskettu laidat alas. Et saavat liikkua vapaasti."*

Arveltiin, että liikkumisen estoon tarkoitettua istuinalustaa käyttämällä voitaisiin välttää tuolia lattiaalle valumisen takia sitominen. Osastolla ei ollut kuitenkaan käytössä tällaista apuvälinettä. Osaston pyörätuoleja kuvailtiin hieman vanhoiksi ja huteriksi ja arveltiin että tukevampi ja turvallisempi tuoli asianmukaisilla säätömahdollisuuksilla voisi olla vaihtoehto silloin, kun fyysisesti heikkokuntoinen potilas joudutaan sitomaan tuoliin putoamisriskin vuoksi. Kaatumisriskissä olevan potilaan suojaamiseksi oli käytetty lonkkahousuja, tukevia kenkiä ja kypärää.

Dementoituneelle vanhukselle luodun turvallisen ympäristön toteuttaminen nähtiin sairaalaoiloissa haastavaksi. Sairaalassa ei ollut mahdollisuus järjestää esimerkiksi pehmeitä alustoja vuoteen viereen, jolloin laitoja ei olisi tarvinnut nostaa ylös. Levottoman potilaan sitominen oli pystytty välttämään siirtämällä potilas vuoteellaan potilashuoneesta käytävälle hoitajan valvonnan alle. Ympäristön muuttaminen oli myös vaikuttanut potilaaseen rauhoittavasti. Fyysistä rajoitetta oli välttytty käyttämästä myös järjestämällä kuuloyhteys potilaaseen öiseen aikaan. Huoneen oven auki jättämisen lisäksi hoitaja käytti vuoteen lähelle asetettua tuolia, jota potilas joutui siirtämään noustessaan, ja hoitaja kuuli siitä aiheutuvan merkkiään.

## 7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan tiedon lisäämisen tarvetta ilmeni erityisesti vanhuksen pitkäaikaisen liikkumisen rajoittamisen seurausten osalta. On tutkittu, että rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää lisäämällä hoitajien tietoa niiden seurauksista vanhukselle, koska seurausten tunteminen muuttaa asenteita rajoitteita kohtaan (Pellfolk ym. 2010, 68). Potilaan suojaamiseksi valitaan helpommin liikkumisen rajoitteen käyttö jos riskejä ja seurauksia vanhukselle ei tunneta. Siksi on myös mahdollista, että vanhusten hoitotyössä tapahtuu perustellun rajoittamisen lisäksi vältettävissä olevaa fyysisten rajoitteiden käyttöä. Välittömät turvallisuusriskit olivat paremmin tunnistettuja kuin pitkäaikaisen rajoittamisen seuraukset.

Lääkärin ja fysioterapeutin kuuluminen rajoitteiden tarpeellisuutta arvioivaan hoitotiimiin voi edistää vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä (Saarnio 2009, 84). Osastolla toteutettiin fyysisen liikkumisen rajoittamisen moniammatillista arviointia. Arviointia tehtiin ainakin kuntoutuskokouksessa, lääkärinkierrolla ja hoitotilanteissa. Haastatteluissa hoitajien kertomat esimerkit yhdessä tehdyistä päätöksistä, vapaan liikkumisen sallimisesta ja suunnitelmat loukkaantumisen estämiseksi, ovat näyttöä moniammatillisen yhteistyön vaikutuksesta rajoitteiden käytön vähentämiseen. Fysioterapeutti saattoi myös yksin katkaista vanhuksen liikkumisen rajoittamisen vaihtamalla laidan nousutukeen.

Kuntoutuskokouksissa arviointi rajoittamisen tarpeellisuudesta niiden potilaiden kohdalla, joilla on käytössä jokin fyysinen liikkumisen rajoittamisen väline, voisi olla systemaattista. Viikoittain pidettävässä moniammatillisessa kokouksessa säännöllisesti arvioiminen varmistaisi, että liikkumisen rajoittamista arvioitaisiin vähintään viikon välein. Kuitenkin täytyy ottaa huomioon, että potilaan vointi akuuttiosastolla voi vaihdella nopeamminkin. Yhteinen päätäminen oli joidenkin osalta johtanut väärinkäsitykseen, että periaatepäätös luvasta käyttää fyysistä liikkumisen rajoitetta potilaan hoidossa olisi määräys käyttää sitä aina. Liikkumisen rajoittamisen turhan käytön välttämiseksi hoitajan velvollisuus on aina käyttää tilannekohtaista harkintaa.

Tämä velvollisuus on haastava, koska hoitajat joutuvat arjen tilanteissa punnitsemaan tilanteessa potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tulla suojatuksi. Myös potilaan sitomatta jättäminen on katsottu hoidon laiminlyönniksi, joka on johtanut potilasvahinkoon (Kaivola & Lehtonen 2002). Potilasturvallisuudesta huolehtiminen on hoitajan tärkeä tehtävä, mutta hyvässä tarkoituksessa tehty ylisuojeluun syyllistyminen kuitenkin tarkoituksensa vastaisesti lisää tapaturmia (Saarnio 2009, 87.)

Hoitajat mielestä välineet ovat turvallisia kun niitä käytetään oikein. He epäilivät lepopöydän turvallisuutta ja kertoivat, että sen käyttö on viime vuosina miltei lopetettu. Myös tarkoitukseen kuulumattomia välineitä oli käytetty potilaan fyysiseen liikkumisen rajoittamiseen. Osastolla voitaisiinkin yhteisesti sopia välineistä, joita käytetään, sekä harkita muiden, ehkä jo turvallisuuden kannalta kyseenalaiseksi käyneiden välineiden hävittämistä.

Esimerkiksi haarakiilattomassa, takaa napitettavassa lepoliivissä on useita turvallisuusriskejä. Vuoteeseen turvaliivillä sidottu valvoton potilas on kuristumisriskissä, jos narut irtoavat toiselta puolelta, kun potilas pyrkii pois vuoteesta (Kaivola & Lehtonen 2002), jos liivi on sidottu kiinni vuoteen runkoon ja vuodetta nostetaan sängyn säätimellä tai jos potilas ujuttautuu liivin sisällä hankalaan asentoon. Samoin tuoliin turvaliivillä sidottu potilas voi valuessaan olla kuristumisvaarassa. Vaaratilanteita voi aiheutua myös turvaliivin käytöstä geriatriassa tuolissa, jos istuinkulman säädin ei ole lukittuna. Pitkillä naruilla sidottava joustamatonta kangasta oleva turvaliivi on myös helposti liian kireällä ja lisää potilaan epämukavuutta, haastatellut hoitajat kertoivat joidenkin sidottujen potilaiden valittavan tästä.

Osastolla oli ollut väkivallanuhkatilanteita, jotka oli saatu ehkäistyä sitomalla nopeasti aggressiivisesti käyttäytyvä potilas magneettivyöllä vuoteeseen. Magneettivyön kuuluminen osaston hoitotarvikkeisiin on perusteltua.

Kaupungin pysyväisohje potilaiden sitomisesta ja turvaliivien käytöstä, jota sairaalassa noudatetaan, sisältää tarkat ohjeet sitomistilanteisiin ja sieltä voi tarkistaa onko muistanut esimerkiksi huomioida kaiken ympäristön turvallisuuteen ja potilaan hyvinvointiin sitomisen aikana liittyvän. Ohjeen mukaan pysyväisohjetta tulisi säilyttää osastolla näkyvällä paikalla ja osaston esimiehen tulisi huolehtia siitä, että menettelyohjeisiin perehdytetään. (Helsingin kaupungin Terveyskeskus 2005, 6.)

Tässä tutkimuksessa ei tullut esille omaisten apu rajoitteiden käytön vähentämisessä. Omaisen läsnä ollessa rajoitteen voi poistaa aivan kuten hoitaja poistaa sen hoidon ajaksi. Toisaalta Saarnion (2009) väitöskirjan tulosten valossa, jossa omaisen toive vanhuksen suojelusta saattoi vaikuttaa rajoitteiden käyttöä lisäävästi, omaisten vähäistä osallistumista päätöksentekoon voidaan pitää hyvänäkin asiana. Päätös ja harkinta rajoitteen käytön tarpeellisuudesta

ovat hoitotyön ammattilaisten vastuulla. Hoitajat eivät olleet kovin aloitteellisia omaisten informoimisessa fyysisten rajoitteiden käytöstä. Samanlaisia tuloksia on saatu muissa tutkimuksissa (Lai & Wong 2008). Sen lisäksi, että lähiomaista tulee ohjeiden mukaan informoida fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytöstä, hoitajan antaman ohjauksen lisääminen voisi vähentää rajoitteen käyttöä siten, että omaisen vierailun ajaksi rajoite voitaisiin monelta vanhukselta poistaa. Ilman hoitajien ohjausta he eivät myöskään yleensä poista rajoittamisen välinettä vierailunsa ajaksi.

Dementoituneen vanhuksen käytösoireita kuten vaeltelua tai keräilyä ei mainittu sitomisen syynä haastatteluissa. Tämä on myönteinen merkki sallivasta hoitokulttuurista. Toisaalta ensikertalaisena haastattelijana en osannut pysähtyä tarkemmin levottomuuteen ja sekavuuteen sitomisen syynä, vaikka ne mainittiin kaikissa haastattelussa. On mahdollista, että esimerkiksi sekavuus sitomisen syynä tarkoittaa nimenomaan häiritsevää tai vaeltelevaa potilasta.

Hoitajat käsittävät eri tavoilla fyysisen liikkumisen rajoittamisen hoitotyössä. Jotkut rajoittamisen muodot ovat tulleet niin arkisiksi, ettei niitä välttämättä nähdä potilaan rajoittamisena. (Vassalo ym. 2005, 69; Saarnio 2009, 80.) Vuoteen laidoilla liikkumisen estämisen lisäksi turva- ja haaravyön käytön todettiin olevan päivittäistä. Turvavyöllä tuoliin sitomisen arkistumisesta oli havaittavissa viitteitä. Esimerkiksi fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytön yleisyydestä kysyttäessä, arvioitiin ensin sen olevan melko harvinaista, kuitenkin samassa haastattelussa kerrottiin turvavöiden ja vuoteen laitojen käytön olevan päivittäistä. Magneettivyöllä vuoteeseen sitomisen yhteydessä toimittiin ja kirjattiin tarkemmin sekä lupakäytännöt hallittiin paremmin.

Esiin tullut tapa rajoittaa potilaan liikkumista asettamalla vuoteen eteen laidan sijasta muita välineitä, kuten tuoli tai rollaattori nousemista estämään, voi olla joko harvinaista tai useammin tapahtuvaa hoitajan tiedostamatonta toimintaa. Myöskään kaikki hoitajat haastatteluissa eivät aluksi fyysisiä liikkumisen rajoittamistapoja itsenäisesti miettiessään maininneet vuoteen laitoja, mutta kun ne tuotiin keskusteluun, käyttö katsottiin päivittäiseksi. Jotkut haastatellut mainitsivat vuoteen laidat ensimmäisenä liikkumisen rajoittamisen välineenä.

Haastateltavien mielestä vuoteen laitojen käyttö harkittiin potilaskohtaisesti. Toisaalta joissain haastatteluissa ilmeni, että tapana oli myös herkästi nostaa laita yöksi tai varmuuden vuoksi. Potilaan ongelmalliseksi käyttäytymiseksi katsottiin myös laitojen yli kiipeäminen. Voisi olla suositeltavaa jatkossa lisätä harkintaa vuoteen laitojen tarpeellisuudesta. Omahoitaja voi esimerkiksi kirjata laitojen varmuuden vuoksi nostamisen välttämiseksi hoitosuunnitelmaan perustelun yöaikaiselle tai satunnaiselle laitojen käytölle, jos ne ovat tarpeellisia, tai periaatepäätöksen potilaan vapaasta liikkumisesta.

Fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytön dokumentoinnissa hoitajat havaitsivat kehittämisen tarvetta. Fyysisten rajoitteiden käyttö tulisi sisällyttää potilaan kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Valtakunnallisen rakenteisen kirjaamisen hoitosuunnitelman valmiit komponentit sisältävät vaihtoehtoja, joita tarkennetaan vapaalla tekstillä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan rajoitteen käytön syy sekä asetetaan tavoite ja arvioidaan tavoitteen saavuttamista. Hyvin tehty ja ajan tasalla pidetty hoitosuunnitelma ohjaa rajoitteen käytön päätöksenteossa päivittäisissä hoitotilanteissa.

Osastolla pääosin toteutetun tavan, kirjata rajoitteen käyttöön saatu lupa potilastietojärjestelmään päänäytölle potilaan nimen ja henkilötietojen jälkeen, voi mieltää hieman potilasta leimaavaksi, lisäksi se voi myös ohjata rajoitteen käyttöön. Hoitosuunnitelmassa on näkyvillä myös muut tiedot potilaasta ja perustelu miksi liikkumista voidaan joutua rajoittamaan. Fyysisten rajoitteiden käytön kirjaamista tulisi kehittää sisällyttämällä sen käyttö potilaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, pyrkimällä sisällöllisesti suosituksiin (Helsingin kaupungin terveyskeskus 2005, 5; Park & Tang 2007, 13) tai vähimmillään varmistua että potilaan fyysinen rajoittaminen dokumentoidaan ylipäätään.

Karkaamisen takia sitomista ei tullut esiin haastatteluissa. Osaston ovi on numerokoodilla lukittu ja rajoittaa niiden potilaiden vapaata kulkua, jotka eivät kykene näppäilemään koodia ja avaamaan ovea valon syttyessä. Tämä epäsuora liikkumisvapauden rajoittamisen keino saattaa olla riittävä suojaamaan sekavaa potilasta eksymästä pois osastolta. Epäsuoria liikkumisvapauden rajoittamisen tapoja mainittiin rauhoittava lääkitys ja potilaan eristäminen. Toisin kuin joissakin vanhainkodeissa (Saarnio ym. 2007, 112), sairaalassa ei lukita huoneiden ovia, mutta tarttuvan viruksen tai sairaalabakteerin vuoksi potilas voidaan määrätä kosketuseristykseen, milloin potilas saa liikkua vain omassa huoneessaan.

Kaikki dementoituneet tai sekavat vanhukset eivät opi soittamaan hoitajan kutsukelloa. Kuo-loyhteyden järjestäminen tuolin siirtämisestä aiheutuvan äänen perusteella oli luova tapa estää fyysisen liikkumisen rajoitteen käyttö. Varmemmin saman asian voisi ajaa liiketunnistinmatto, joka asetetaan potilaan vuoteen viereen ja joka hälyttää, kun potilas nousee. Hoitajan keksimän keinon perusteella voisi päätellä, että tällaiselle apuvälineelle olisi tarvetta. Myös muita huonekaluja ja apuvälineitä aseteltiin vuoteen eteen nousemisen tai putoamisen estämiseksi. Vuoteen eteen tavaroiden sijoittamista perusteltiin sillä, että ne ehkäisivät potilaan aikeita yrittää nousta. Tällainen rajoittamisen tapa ei ole esiintynyt lukemissani tutkimuksissa, mutta sen voisi olettaa lisäävän loukkaantumisen riskiä, jos potilas kuitenkin lähtee yrittämään välineiden ylittämistä.

Haastatteluissa esitettiin tukevan, uuden hoitotuolin hankkimista, jotta fyysisesti heikkokuntoista tai vartalooaan hallitsematonta potilasta ei tarvitsisi sitoa tuoliin kiinni. Hoitovälineitä



tulisi myös turvallisuuden takia huollattaa tai uusia. Lisäksi sitomisen sijasta ehdotettiin liukumisenesto istuinalustan käyttöä tuolista lattialle valumisen esteenä. Tällainen apuväline on hyötynsä ja käytännöllisyytensä lisäksi vain pieni investointi.

Työskentelen sairaalassa, jossa haastattelut on tehty. Tämä kerrottiin haastateltaville ennen haastatteluihin suostumista. En usko sen vaikuttaneen vastauksiin mitenkään erityisesti, koska läheistä työtoveruutta ei ole emmekä haastateltavien kanssa tunteneet henkilökohtaisesti toisiamme. Toisaalta puhuminen henkilölle, joka tuntee ilmiön omasta työstään, saattoi jopa lisätä avoimuutta, vaikka haastattelijana olinkin täysin toisessa roolissa. Haastatteluissa kerrottiin toteutuneesta hoitotyöstä jonka etiikkaa itsekin epäiltiin. Esimerkiksi sideharsolla ranneiden sitomisesta kertonut hoitaja arveli sen olevan potilaalle epämukavaa. Myös potilaiden ilmaisemasta rajoittamiseen liittyvästä ahdistuksesta kerrottiin. Tällaisesta avoimesta kertomisesta ja oman toiminnan pohtimisesta voi päätellä, että ainakin suurimmalta osin hoitajat uskalsivat kertoa, miten todellisissa hoitotyön tilanteissa fyysistä rajoittamista toteutetaan. Lähtökohta saattoi myös vaikuttaa haastatteluihin osallistumiseen myötämielisesti, koska haastateltavien löytyminen sujui lopulta yllättävän helposti ja nopeasti ja haastattelut saatiin reilun viikon sisällä päätökseen.

Opinnäytetyön luotettavuutta myös tukee se, että työn tekijä tunsi tutkittavan ilmiön. Alun perin myös kiinnostus fyysisten liikkumisen rajoitteiden käytön tutkimiseen heräsi oman työn kautta. Aloin kiinnittää huomiota hoitotyön toiminnan epäloogisuuteen: jos iäkkään potilaan tavoitteena on kuntoutua ja kotiutua, miten hoitotyön keinona tavoitteen saavuttamiseksi voidaan käyttää potilaan immobisoimista?

Opinnäytetyön tulokset eivät ole ristiriitaisia aikaisempien vanhusten hoidossa fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta tehtyjen tutkimusten kanssa (mm. Chuang & Huang 2005; Evans ym. 2002; Saarnio 2009; Vassalo ym. 2005). Tulosten samankaltaisuus tukee opinnäytetyön vahvistettavuutta. Kokonaan uuden näkökulman valitseminen olisi voinut tuottaa enemmän varsinaisesti uutta tietoa ilmiöstä. Toisaalta Saarnion (2009) väitöskirjan laajasta selvityksestä huolimatta, fyysisten liikkumisen rajoitteiden käyttöä ei hoitotieteessä, varsinkaan Suomessa, voida pitää läpitutkittuna aiheena. Verrattuna Suomessa aiemmin tehtyyn selvitykseen (Liukkonen & Laitinen 1994), Saarnion väitöskirjan tulosten mukaan rajoitteiden käyttö ei ole vanhusten hoidossa vähentynyt. Tämän opinnäytetyö voi osaltaan lisätä tietoisuutta liikkumisen rajoittamisen haitoista vanhuksille ja vaihtoehtoisten toimintatapojen valitsemista ja ideoimista.

Tuloksista voidaan päätellä hoitohenkilökunnan lisäkouluttamisen fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten hoidossa olevan tarpeellista. Lisäkoulusta tarvitaan, koska vanhuksen liikku-

misen rajoittamisen seurausten tunteminen muuttaa asenteita fyysisiä rajoitteita kohtaan ja vähentää rajoitteiden käyttöä hoitotyössä (Pellfolk ym. 2010, 68).

Tulosten mukaan hoitajien ja fysioterapeutin välillä rajoitteiden käyttöä arvioitiin myös hoitotilanteissa. Moniammatillista yhteistyötä voitaisiin kehittää osastoilla edelleen tuomalla yhteistyötä enemmän näihin käytännön hoitamisen tilanteisiin. Sen lisäksi, että hoitaja voi hakea tukea päätökselleen potilaan fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta hoitotilanteissa toisilta hoitajilta, voitaisiin myös moniammatillisessa yhteistyössä fysio- ja toimintaterapeutin kanssa ratkaista konkreettisia tilanteita.

Lääkärin rooli fyysisessä liikkumisen rajoittamisessa on keskeinen koska hän tekee periaatepäätöksen rajoitteen käytöstä. Toimintaterapeutin osallistuminen rajoitteiden käytön arviointiin esiintyi tuloksissa siltä osin, että toimintaterapeutti kuuluu osastolla työskentelevään moniammatilliseen tiimiin ja osallistuu potilaiden hoidon yhteiseen arviointiin ainakin kerran viikossa pidettävässä kuntoutuskokouksessa. Yhteistyö fysioterapeutin ja hoitajien välillä rajoitteiden käytön arvioinnissa toteutui kuntoutuskokouksen lisäksi päivittäisessä hoitotyössä. Näiden muiden ammattikuntien osallistuminen, suhtautuminen, vaikutusmahdollisuudet ja mahdollinen vanhuksen toiminnan rajoittamisen toteuttaminen olisi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Myös muussa ympäristössä kuin laitoksessa tapahtuvaa vanhusten fyysistä liikkumisen rajoittamista olisi tarpeellista selvittää, esimerkiksi kotiympäristössä omaishoitajien hoidettavaan kohdistamaa rajoittamista.

## Lähteet

- Bourbonniere, M., Strumpf, N.E., Evans, L.K. & Maislin, G. 2003. Organizational Characteristics and Restraint Use for Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatrics Society* 51(8), 1079–1084.
- Chuang, Y-H. & Huang, H-T. 2007. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16, 486–494.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käyttösoireisen muistisairaahan ihmisen lääkkeetön hoito. <http://www.gernet.fi/luennot/geriatripaivat08/eloniemi-sulkava.pdf> Luettu 8.5.2009.
- Engberg, J., Castle N. G. & McCaffrey, D. 2008. Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health. *The Gerontologist* 48(4), 442–452.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY.
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2009. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. Kannanotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://www.etene.org/dokumentit/potilaan\\_itsemaaraaminen\\_10\\_6\\_2009.pdf](http://www.etene.org/dokumentit/potilaan_itsemaaraaminen_10_6_2009.pdf). Luettu 31.8.2009.
- Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. 2002. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing* 40(6), 616–625.
- Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. 2003. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 41 (3), 274–282.
- Fitzgerald, T.G., Hadjistavropoulos, T. & MacNab, Y.C. 2009. Caregiver Fear of Falling and Functional Ability among Seniors Residing in Long-Term Care Facilities. *Gerontology* 55, 460–467.
- Fonad, E., Emami, A., Robins Wahlin, T-B., Winblad, B. & Sandmark, H. 2009. Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 2–10.
- Gallinagh, R., Nevin, R., Mc Aleese, L. & Campbell, L. 2001. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing* 10(13), 852–859.
- Hantikainen, V. & Käppeli, S. 2000. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1196–1205.
- Helsingin Kaupunki Terveyskeskus. 2005. Ohjeet potilaiden liikkumisesteiden, erityisesti si-dontajärjestelmien ja turvaliivien käytöstä terveyskeskuksessa. Päivitetty pysyväsohje. Terveydenhuolto; Terveyspalvelut.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu — teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kaivola, J. & Lehtonen, L. 2002. Lepositeiden käyttöön liittyvät potilasvahingot. *Suomen lääkirilehti* 36, 3504–3509.

Kirkevold, O. & Engedal, K. 2004. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian Scandinavian Journal of Caring Sciences 18, 281–286.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista). Luettu 5.5.2009.

Kortebein, P., Symons, T.B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Conger, S., Lombeida, J., Wolfe, R. & Ewans, W.J. 2008. Functional Impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults. Journal of Gerontology 63A (10), 1076–1081.

Lai, C.KY. & Wong, I. YC. 2008. Families' perspectives on the use of physical restraints. Contemporary Nurse 27, 177–184.

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. Suomen Lääkärilehti 46, 4751–4755.

Lee, T. D.F., Chan, M.C., Tam, E. P.Y. & Yeung, W. S.K. 1999. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing 29(1), 153–159.

Liukkonen, A. & Laitinen, P. 1994. Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. Journal of Advanced Nursing 19, 1082–1087.

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mhlhauser, I. 2008. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. Journal of Clinical Nursing 18, 981–990.

Mielenterveyslaki (1116/1990).

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielelnterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielelnterveyslaki) Luettu 5.5.2009.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2003. Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.

Park, M. & Tang, J H-C. 2007. Evidence-Based Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. Journal of Gerontological Nursing 2, 9–16.

Paunio, R-L. 2005. Ihmisoikeudet dementiahoidossa. Suomen dementiayhdistyksen järjestämä seminaari.

<http://www.oikeusasiamies.fi/dman/Document.phx?documentId=aa15305134400481&cmd=download> Luettu 6.5.2009.

Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006. Nursing Working Conditions in Relation to Restraint Practices in Long-Term Care Units. Medical Care 44(12), 1114–1120.

Pellfolk, T. J-E., Gustafson, Y., Bucht, G. & Karlsson, S. 2010. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. Journal of American Geriatrics Society 58(1), 62–69.

Saarela, T., Huusko, T., Kivelä, S-L., Alhainen, K., Koivisto, K., Koponen, H., Leppävuori, A. & Sulkava, R. 2001. Dementiapotilaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Suomen Lääkärilehti 25-26, 2777–2783.

Saarnio, R., Isola, A. & Backman, K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 44, 109–119.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf> Luettu 18.5.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino. (online).  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf). Luettu 29.4.2009.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10, 9–22. Muistisairausliite.

Suomen perustuslaki (1999/731). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> Luettu 21.12.2009.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vassallo, M., Wilkinson, C., Stockdale, R., Malik, N., Baker, R. & Allen, S. 2005. Attitudes to Restraint for the Prevention of Falls in Hospital. *Gerontology* 51, 66–70.

Wang, W-W. & Moyle Wendy. 2005. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing* 22(4), 46–52.

Weiner, C., Tabak, N. & Bergman, R. 2003. The Use of Physical Restraints for Patients Suffering from Dementia. *Nursing Ethics* 10(5), 512–525.

## Liitteet

### Liite 1 Haastatteluteemat

#### Haastatteluteemat

Fyysinen liikkumisen rajoittaminen hoitotyössä

Esimerkkitilanteita osastolla

Fyysiseen rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko ja arviointi

Fyysiseen rajoittamiseen liittyvät ohjeet ja säännöt

Fyysisen rajoittamisen dokumentointi

Potilaan hoitaminen fyysisen rajoittamisen aikana

Ratkaisuehdotuksia potilaan fyysisen rajoittamisen välttämiseksi

Muuta

## Liite 2 Saatekirje

### Saatekirje

Hyvät osasto x:n hoitajat!

Olen sairaanhoidon opiskelija Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöni aihe on iäkkäiden potilaiden fyysinen liikkumisen rajoittaminen sairaalassa ja työni tarkoituksena on vanhusten hoitotyön kehittäminen. Opinnäytetyö toteutetaan Laurea-ammattikorkeakoulun Turvallinen eläminen tutkimuslinjan alaisuudessa. Tutkimuksen toteutan haastattelemalla osastollanne kuutta hoitajaa yksilöhaastatteluina. Osallistujiksi toivon sekä sairaanhoitajia että perus/lähihoitajia, mielellään vakituisia työntekijöitä tai pitkäaikaisia sijaisia. Haastatteluun osallistujien tiedot ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Yhden haastattelun arvioitu kesto on n. yksi tunti. Haastattelut tehdään hoitajan työaikana.

Kiitos siitä että osastonne on suostunut osallistumaan tutkimukseen! Tervetuloa haastatteluihin! Vastaan myös mielelläni lisäkysymyksiin aiheesta.

Ystävällisin terveisin

Martina Pitkanen

[martina.pitkanen@laurea.fi](mailto:martina.pitkanen@laurea.fi)

### Liite 3 Suostumus haastatteluun osallistumisesta

#### Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Opinnäytetyön tekijä on sairaanhoitajaopiskelija Martina Pitkänen Laurea-ammattikorkeakoulusta. Työn nimi on Vanhuspotilaan fyysinen liikkumisen rajoittaminen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana.

Olen tietoinen opinnäytetyön tarkoituksesta ja suostun haastateltavaksi kyseiseen tutkimukseen. Olen tietoinen että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistuminen ei aiheuta minulle kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen ilman että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Päiväys

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---



## Liite 4 Esimerkkejä sisällönanalysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ja sit jos me ei saada tiputettua lääkkeitä, ni sit voidaan ruveta pistämään jos sen pysyy pistosmuodossa antamaan.	Lääkemuodon muuttaminen	Hoitamiseen liittyvät keinot	Vaihtoehtoiset toimintatavat
No meillä on ollu joitain semmosia hyvin ketteriä, muistamattomia, dementoituneita potilaita jotka tulee laitojen yli tai saattavat jopa saada ne kaikki magneettivyöt auki ja ahistuu siitä että heidät on laitettu sillä kiinni koska kokevat että eivät pääse mihinkään, ni ollaan sitte laskettu laidat alas. Et saavat liikkua vapaasti.	Vapaan liikkumisen salliminen	Hoitamiseen liittyvät keinot	Vaihtoehtoiset toimintatavat
Tietysti sillai vois noi välineet olla vähän parempia. Et suuri osa noista osaston omista pyörätuoleista mitkä on käytössä ni ne on niin vanhoja ja huteria ja että jos olisivat tukevia ja niissä olis jotain säätömahdollisuuksia esimerkiksi voi olla että joku tällöinen voimaton potilas pysyis niissä paremmin istumassa ilman että niitä tarvii kauheesti fiksoida kiinni siihen.	Tukevampi pyörätuoli säätömahdollisuuksilla	Hoitovälineisiin liittyvät keinot	Vaihtoehtoiset toimintatavat
Jos esimerkiksi huonosti liikkuva potilas joka saattaa olla muistamaton tai sekava, vaatii että jätetään laidat alas, ja on kokemusta siitä että on ennenki löytynyt lattialta, niin sitten nostetaan laidat ylös vaikka potilas haluais ne alas.	Dementia Sekavuus Kaatumishistoria Epävarma liikkuminen	Sairaus tai oire Potilaan käyttäytyminen Potilas-turvallisuus	Rajoittamisen syy
No mä ajattelin tota yötä varten ku sitte on kaks hoitajaa siellä, et jos on tarve ni sen vois jo illalla laittaa valmiiksi sinne(magneettivyön), ei sitä tarvii sitoo kiinni mut se on siellä valmiina ja jos potilas on silleen et pyrkii laitojen yli ja on sekava ni sit ne voi laittaa sen kiinni.	Yövuoro	Henkilökuntaan liittyvät syyt	Rajoittamisen syy
Joskus on täysin omatoiminen itsenäisesti liikkuva potilas pyytäny et nostakaa laita ylös et hän pelkää tippuvansa sängystä, niin vaikka on oltu sitä mieltä ettei se ainakaan siltä näytä kun pystyy itse käymään wc:ssäkin, mutta on saatettu	Potilaan oma toive	Potilaan käyttäytyminen	Rajoittamisen syy

toteuttaa potilaan tahtoa.			
No tietenkin nää laidat. Sitten meillä on magneettivyö, sitten meillä on semmonen sanotaanko sitä lepopeitto, mut hirveen harvoin sitä käytetään. Magneettivyö on mitä enemmän käytetään. Sitten meillä on nää kun pyörätuoliin sidotaan semmoset vyöt. Ne on aika hiljattain hankittu. Sit on semmonen haaravyö. Joskus kun joudutaan laittaa iv-tippa ja on hirveen sekava ja levoton niin ollaan käteen laitettu joko tarralla oleva tai vanhanaikasia semmosia missä magneetilla laitetaan.	Vuoteen laidat Erilaiset vyöt Lepopeitto Käsisiteet	Tarkoitukseen hankitut välineet	Rajoittamisen tapa
No magneettivyöt on ja lepoliivit. Ja sit on niitä, no nehan ei oo periaatteessa turvavöitä mut ne on niitä nostovöitä mitä käytetään. Ja sit aatellaaks tähän niinku sängyn laidat.	Erilaiset vyöt:magneetti- ja nostovyö  Vuoteen laidat	Hoito- tai apuvälineellä rajoittaminen Tarkoitukseen hankitut välineet	Rajoittamisen tapa
Sit turvataan se hänen hyvinvointi vaikka hän on siellä sidottuna, et hän ei siellä sängyssä loukkais itseensä sitte sen takia että on köytettynä jollakin muotoa. Hakkaako johonki reunaan vaikka, et vuoteessa on tällösiä suojia mitkä saadaan laitaan et potilas ei niihin vahingoittais itseensä.	Suojien laitto vuoteen laitoihin  (myös:tapaturmariski)	Turvallisuudesta huolehtiminen  (välittömät riskit)	Potilaan hoitaminen rajoittamisen aikana  (riskien tunnistaminen)
No jos se potilas on rauhallinen ni sun ei tarvi sitä sitoo, mut jos huomaat sil hetkellä et on levoton ni sitte, mut ei muuten tietenkään, missään tapauksessa.	Potilaan käyttäytyminen	Arviointiperusteet	Arviointi ja päätöksenteko
Mutta joskus voi olla ettei tarviikkaan vaikka saaki semmosen raportin että on levoton ja sekava. Et potilas on rauhoittunut. Ja tietenki tällösen sairaalajakson kun menee paikkaan ni voi olla sekava, mut sit ku se tulee tänne meillem ja voi olla pari päivää ja kaikki menee niin voi olla ettei tarvikkaan ja riippuu siitä lääkityksestäkin.	Uuden potilaan tullessa	Arviointitilanteet	Arviointi ja päätöksenteko
Ja sit, kyl mä aika paljon varmistan potilaaltakin et mitä mieltä hän on. Jos se tuntuu	Potilas	Päätöksenteko rajoitteen käytöstä	Arviointi ja päätöksenteko

hirveen ahdistavalta et ne laidat on ni oon sitte jättäny, mutta oon sitte raportoinu et se on jääny ja joku on sanonu et se kannattaa nostaakki..			
Yleensä kirjaan aina silleen, et jos on tarvinnu pitää magneettivyyssä mä mainitsen sen, mutta mainitsen myös monesti sen että ei oo tarttenu ja on ollu rauhallinen.	Rajoitteen käyttämättä jättämisen kirjaaminen, rajoittamisen kirjaaminen Perustelun kirjaaminen	Kirjaamisen sisältö	Kirjaaminen
Meillä on vaihtunu nyt tää kirjaamissysteemi..et mihin komponentin alle se sit tulee..Ei, ei hoitosuunnitelmaan kirjattu mun mielestä. Nää on ollu niin yksittäisiä tapauksia ja kun tilanteet vaihtuu niin saattaa sit olla et potilas on siitä piristynyt ja sit ei oookkaan tarvinnu enää että on saatettu se yks kerta sitoo ja sit onki tilanne muuttunu ja potilas onki vointi selkeytyny tai on et ymmärtää, ni ei oo sit käytetty.	Kirjaaminen hoitotyölehdelle	Kirjaamisen käytäntö	Kirjaaminen
No just esimerkiksi että on viety päiväsalin ja laitettu turvavyö, että se on ihan turvallisuuden vuoksi. Ei sitä nyt ihan joka vuorossa tuu kyllä kirjattua, että se niinku on päätetty keran ni se saa olla siinä sitte.	Rajoitteen käyttöä ei kirjata joka yksittäisellä kerralla	Kirjaamisen sisältö	Kirjaaminen
Kokee ahdistuneeksi olonsa turvavyön kanssa. Se painaa ja puristaa ja on kireellä ja rajoittaa tietyllä tavalla sitä istumista, tekee sen istumisen hankalaks.	Psyykkiset haitat	Välittömät riskit	Riskien tunnistaminen
No se peitto jotenki, välillä musta tuntuu että kun potilas oikeen pyörii ja levoton on niin jos se ei ole oikeen laitettu, ettei potilas sitten tukehdu tai jotenki..Mutta nää mun mielestä ne pyörätuoliin olevat turvavyöt, mun mielestä ne on, tai ainaki pitäis olla turvallisia. Mut se magneettivyyönkin käytössä, sekin täytyy katsoa et se on oikein laitettu. Ettei se nouse liian ylös jos on esimerkiksi obeesi potilas.	Tapaturmariski	Välittömät riskit	Riskien tunnistaminen
No joku trombi tai tukos jos on niinku pitkään.	Verenkierto- ja hengityselimistöön liittyvät riskit	Pitkäaikaisen käytön riskit	Riskien tunnistaminen